



26 de Julio de 2021

Estimado(s) Padre(s)/Tutor(es):

Methodist Healthcare Ministries realizarán una campaña de inmunización para brindar una oportunidad para que los estudiantes actuales de 6to grado reciban las vacunas requeridas que necesitarán para ingresar al Séptimo grado. Estas vacunas se proporcionan a bajo costo y están disponibles si su hijo/hija tiene cobertura de seguro de salud o capacidad de pago.

Las vacunas se administrarán en Corbett Junior High School el Martes 3 de Agosto de 8:30 AM a 2:00 PM. Ofreceremos las siguientes inmunizaciones:

Tdap (Tétanos, Difteria y Tos ferina), MCV4 (Meningococica) y VPH (Virus del Papiloma Humano).

Si esta fecha no es conveniente, puede llamar para programar una cita para que su hijo/hija reciba sus vacunas. Estamos abiertos todo el año.

Las citas están disponibles en nuestra ubicación del Centro de Salud Basado en la Escuela en Schertz (210-658-4875).

Por favor, no dude en llamarnos si tiene alguna pregunta o desea información adicional.

Sinceramente

El personal del Centro de Salud Basado en la Escuela de Methodist HealthCare Ministries



Nombre del niño/la niña: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono adicional: \_\_\_\_\_

Grupo étnico:  Caucásico  Hispano  Afroamericano  Otro \_\_\_\_\_

Nombre de la madre/tutor: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado civil del padre/la madre de familia:  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Separado(a)

Tiene su hijo(a):

¿alergias específicas?  Sí  No Sí contesta "Sí", especifique: \_\_\_\_\_

¿problemas de salud?  Sí  No Sí contesta "Sí", especifique: \_\_\_\_\_

¿alergia al látex?  Sí  No

Autorizo a Methodist Healthcare Ministries a que divulgue información a la enfermera de mi hijo(a):  Sí  No

Yo  SÍ /  NO doy mi consentimiento a Methodist Healthcare Ministries para que se pongan en contacto conmigo para información de horario de citas y recordatorios. Entiendo que se comunicarán conmigo mediante el sistema de marcación telefónica automatizada (ATDS) o me hablará en vivo un participante del equipo de Methodist Healthcare Ministries.

Específicamente, doy mi consentimiento para que se comuniquen conmigo a:

Teléfono fijo (no celular): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Seleccione:  llamada/mensajes de voz  mensaje de texto

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Con mi firma, doy mi consentimiento para que mi hijo(a) participe en el programa de vacunación de Methodist Healthcare Ministries, y que reciba las siguientes vacunas (favor de encerrar en un círculo las vacunas que autoriza):

**Tdap** (Tétano, Difteria, Tos ferina) **MCV4** (Vacuna meningocócica) **HPV9** (Virus de papiloma humano)

*Notificación de privacidad:* Methodist Healthcare Ministries le ha proporcionado un Aviso de los procedimientos de privacidad de modo electrónico que está disponible en: [www.mhm.org/HIPAA](http://www.mhm.org/HIPAA). Si no tiene acceso electrónico a este aviso Y quiere una copia, puede pedir que le envíen una llamando a nuestra clínica al (210) 658-4875.

Confirmo que he revisado una copia del Aviso de los procedimientos de privacidad de Methodist Healthcare Ministries. Entiendo que tengo derecho de recibir una copia impresa de este aviso si lo solicito.

Nombre del padre/la madre/tutor: \_\_\_\_\_ Relación con el niño/la niña: \_\_\_\_\_

Firma del padre/la madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



TEXAS  
Health and Human  
Services

Texas Department of State  
Health Services

Programa de Vacunas para los Niños de Texas  
Registro de la determinación de elegibilidad del paciente

En el consultorio del proveedor de servicios de salud debe mantenerse, durante un mínimo de cinco (5) años, un registro de todos los niños de 18 años de edad o menores que reciban inmunizaciones por medio del Programa de Vacunas para los Niños de Texas (TVFC). Dicho registro lo puede rellenar el padre o la madre, el tutor, el individuo cuyo nombre aparece en el registro, o el proveedor de servicios de salud. En cada visita para inmunización debe determinarse y documentarse el estado de elegibilidad para el TVFC a fin de asegurar que el menor es elegible para el programa. Aunque no se requiere la verificación de las respuestas, es necesario conservar este registro, o uno similar, para cada niño que reciba vacunas bajo el Programa TVFC.

- Nombre del menor: \_\_\_\_\_  

Apellido
Primer nombre
Inicial del 2.º nombre
- Fecha de nacimiento del menor: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  

mm
dd
aaaa
- Padre, tutor o individuo del registro: \_\_\_\_\_  

Apellido
Primer nombre
Inicial del 2.º nombre
- Nombre del proveedor primario: \_\_\_\_\_  

Apellido
Primer nombre
Inicial del 2.º nombre
- Para determinar si un menor (de 0 a 18 años de edad) es elegible para recibir vacunas federales por medio del Programa TVFC, en cada cita o visita para inmunización anote la fecha y marque la categoría de elegibilidad apropiada. Si marca una columna de la A a la F, el menor es elegible para el Programa TVFC. Si marca la columna G, el menor no es elegible para las vacunas federales VFC.

Fecha	Elegible para las vacunas VFC				Elegible con programación estatal		No elegible
	A	B	C	D	E	F	G
	Inscrito en Medicaid	No tiene seguro médico	Indoamericano o nativo de Alaska	* Con seguro insuficiente, recibe atención de un FQHC, una RHC, o un proveedor delegado	** Otras situaciones de seguro insuficiente	*** Inscrito en el CHIP	Tiene seguro médico que cubre vacunas

\* El seguro insuficiente incluye a los niños cuyo seguro médico no incluye vacunas o solo cubre ciertos tipos específicos de vacunas. Los niños solo son elegibles para recibir vacunas que no están cubiertas por el seguro. Además, para recibir las vacunas de VFC, los niños con seguro insuficiente deben ser vacunados en un Centro de Salud Federalmente Acreditado (FQHC), en una Clínica de Salud Rural (RHC), o por un proveedor delegado autorizado. El proveedor delegado debe tener un contrato por escrito con un FQHC o una RHC y con el programa de inmunización estatal, local o territorial para poder vacunar a los niños con seguro insuficiente.

\*\* Otras niños con seguro insuficiente son aquellos que, aunque están insuficientemente asegurados, no son elegibles para recibir las vacunas federales por medio del Programa TVFC porque el proveedor o centro no es un FQHC, o una RHC, o un proveedor delegado. Sin embargo, estos niños pueden ser atendidos si las vacunas son proporcionadas por el programa estatal para dar cobertura a los niños que no son elegibles para el TVFC.

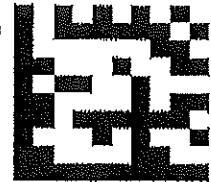
\*\*\* Niños inscritos en el programa estatal separado CHIP (Children's Health Insurance Program). Estos niños se consideran asegurados y no son elegibles para recibir vacunas mediante el Programa VFC. Cada estado proporciona orientación específica sobre cómo se adquieren y administran las vacunas del CHIP a través de los proveedores participantes.



**TEXAS**  
Health and Human  
Services

Texas Department of  
Health Services

**REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac2)  
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO  
PARA MENORES**



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

\_\_\_\_\_

Apellido del Niño(a)

\_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a)

\_\_\_\_\_

Segundo Nombre del Niño(a)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*Solamente niños menores de 18 años.

Género:  Masculino  Femenino

Fecha de Nacimiento del Niño(a)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Dirección del Niño(a), Calle

Apartamento #

Teléfono

\_\_\_\_\_

Ciudad

Estado Código Postal Condado

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre de la Madre

Apellido de Soltera de la Madre

ImmTrac2, el registro de inmunización de Texas, es un servicio gratis que proporciona el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS). El registro de inmunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda el récord de inmunizaciones de su niño(a) (menor de 18 años de edad). Con su consentimiento, la información de la inmunización de su niño(a) será incluida en ImmTrac. Los doctores, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso al historial de inmunización de su niño(a) para asegurar que las vacunas importantes no le falten.

El Departamento Estatal de Servicios de Salud le anima a participar voluntariamente en el registro de inmunización de Texas

**Consentimiento Para Registrar al Menor y Dar a Conocer los Documentos de Inmunización a las Entidades Autorizadas**

Entiendo que, con mi consentimiento a continuación, autorizo que se dé a conocer la información de inmunización del menor al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac2"). Una vez que la información del menor esté en ImmTrac2, por ley la puede acceder:

- el distrito de salud pública o el departamento de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción;
- el médico, o algún otro médico o proveedor de atención de salud legalmente autorizado para administrar vacunas, en el tratamiento del menor como paciente;
- la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor;
- la escuela o la guardería de Texas en que el menor esté inscrito;
- el pagador, actualmente autorizado por el Departamento del Seguro de Texas para operar en Texas, con respecto a la cobertura del menor.

Entiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac2 y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services, ImmTrac2 Group – MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

Al firmar abajo, YO **AUTORIZO** el consentimiento para registrarlo. Deseo **INCLUIR** la información de mi niño(a) en el registro de inmunización de Texas.

Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes:

\_\_\_\_\_

Escriba con letra de molde

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma

**Notificación Sobre Privacidad:** Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <http://www.dshs.texas.gov> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo ImmTrac2 del DSHS o a un proveedor de salud inscrito.

¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • [www.ImmTrac.com](http://www.ImmTrac.com)

Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

**PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2:** Please enter client information in ImmTrac2 and affirm that consent has been granted. **DO NOT** fax to ImmTrac2. Retain this form in your client's record.

## Vaccine Documentation Form

(800)252-9152

I received or was offered a copy of the Vaccine Information Statement (VIS) for each vaccine. I know the risks of the disease each vaccine prevents. I know the benefits and risks of each vaccine. I have had a chance to ask questions about the disease, the vaccines, and how the vaccines are given. I know that the person receiving the vaccine will have the vaccine put into his/her body to prevent an infectious disease. I am an adult who can legally consent for the person named below to get the vaccine. I freely and voluntarily give my signed permission for the vaccines.

Recibí o se me ofreció una hoja con información sobre cada vacuna (VIS). Conozco los riesgos de las enfermedades que cada vacuna previene. Conozco los beneficios y riesgos que estas vacunas tienen. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las enfermedades, las vacunas y cómo son administradas las vacunas. Sé que la persona recibiendo la vacuna la tendrá en su cuerpo para prevenir una enfermedad contagiosa. Soy adulto y puedo dar permiso legalmente para que le den la vacuna a la persona nombrada abajo. Por mi propia voluntad firmo y doy permiso para que le den esta vacuna.

**Privacy Notification:** With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the state agency to correct any information that is determined to be incorrect. See <http://www.dshs.tx.gov> for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003, and 559.004)

**Notificación Sobre Privacidad:** Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <http://www.dshs.tx.gov> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, Sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

**Privacy Notice:** I acknowledge that I have received a copy of my immunization provider's HIPAA Privacy Notice.

**Aviso sobre derechos de la vida privada:** Yo admito haber recibido una copia del aviso sobre derechos de la vida privada.

Yes, HIPAA received       No HIPAA received

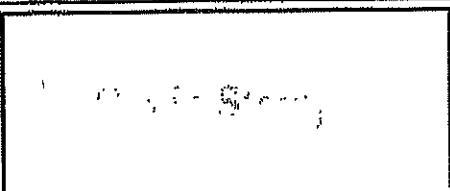
Sí, Recibí HIPAA       No Recibí HIPAA

Hepatitis B	DTaP/DT/DTP/Td/Tdap	Haemophilus influenzae type b (Hib)	Pneumococcal Conjugate (PCV)	Polio (IPV/OPV) (Circle one)	Rotavirus (RV)	Measles, Mumps, and Rubella (MMMR)	Measles	Varicella (Chickenpox)	Meningococcal (MCV4/MPSV4)	Hepatitis A	Human Papillomavirus (HPV)	Pneumococcal Polysaccharide (PPSV)	Serogroup B Meningococcal (MenB)	Influenza
-------------	---------------------	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------	------------------------------------	---------	------------------------	----------------------------	-------------	----------------------------	------------------------------------	----------------------------------	-----------

Check vaccines to be given then enter date, sign, and complete the section below.  
 Señale las vacunas que se van a dar, escriba la fecha, firme y llene la parte de abajo.

Date Fecha	Signature/Relation/Address/Telephone Firma/Relación/Dirección/Teléfono

Witness Signature/Firma del Testigo
Witness Signature/Firma del Testigo
Witness Signature/Firma del Testigo
Witness Signature/Firma del Testigo
Witness Signature/Firma del Testigo



Date	Vaccine	Mfg.	Lot No.	Site Given	Given by	Date VIS Given	VIS Date
	Hepatitis B						
	Hepatitis B						
	Hepatitis B						
	DTaP/DT/DTP/Td/Tdap						
	DTaP/DT/DTP/Td/Tdap						
	DTaP/DT/DTP/Td/Tdap						
	DTaP/DT/DTP/Td/Tdap						
	DTaP/DT/DTP/Td/Tdap						
	DTaP/DT/DTP/Td/Tdap						
	Hib						
	Hib						
	Hib						
	Hib						
	PCV						
	PCV						
	PCV						
	PCV						
	IPV/OPV						
	IPV/OPV						
	IPV/OPV						
	IPV/OPV						
	RV						
	RV						
	RV						
	MMR						
	MMR						
	Measles						
	Varicella (Chickenpox)						
	Varicella (Chickenpox)						
	Varicella History/Date of Varicella Disease						
	MCV4/MPSV4						
	MCV4/MPSV4						
	Hepatitis A						
	Hepatitis A						
	HPV						
	HPV						
	HPV						
	PPSV						
	MenB						
	MenB						
	Influenza						

Last/Apellido \_\_\_\_\_ First/Nombre \_\_\_\_\_ Middle/Segundo nombre \_\_\_\_\_ Birth date/Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sex/Sexo \_\_\_\_\_  
 Address/Dirección \_\_\_\_\_ Telephone Number/Número de teléfono \_\_\_\_\_ Race/Raza \_\_\_\_\_  
 City/Ciudad \_\_\_\_\_ State/Estado \_\_\_\_\_ Zip/Código postal \_\_\_\_\_ County/Condado \_\_\_\_\_  
 Social Security Number/Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Medicaid Number/Número de Medicaid \_\_\_\_\_ WIC Number/Número de WIC \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN INFORMATIVA SOBRE VACUNAS

# Vacuna antimeningocócica ACWY: lo que necesita saber

Many Vaccine Information Statements are available in Spanish and other languages. See [www.immunize.org/vis](http://www.immunize.org/vis)

Hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y en muchos otros idiomas. Visite [www.immunize.org/vis](http://www.immunize.org/vis)

### 1 ¿Por qué es necesario vacunarse?

La enfermedad meningocócica es una enfermedad seria, causada por un tipo de bacteria denominada *Neisseria meningitidis*. Puede producir meningitis (infección del revestimiento del cerebro y la médula espinal) e infecciones de la sangre. Es frecuente que la enfermedad meningocócica ocurra sin advertencia, incluso en personas por lo demás sanas.

La enfermedad meningocócica se puede diseminar de una persona a otra por contacto cercano (tos o besos) o contacto prolongado, especialmente entre personas que viven en una misma casa.

Existen al menos 12 tipos de *N. meningitidis*, llamados “serogrupos”. Los serogrupos A, B, C, W e Y causan la mayor parte de los casos de enfermedad meningocócica.

Aunque cualquier persona puede contraer la enfermedad meningocócica, algunas personas están en mayor riesgo, lo que incluye:

- Bebés menores de 1 año de edad
- Adolescentes y adultos jóvenes de 16 a 23 años de edad
- Personas con ciertos trastornos médicos que afectan el sistema inmunitario
- Microbiólogos que trabajan rutinariamente con aislados de *N. meningitidis*
- Personas en riesgo a causa de un brote en su comunidad

Incluso cuando se trata, la enfermedad meningocócica causa la muerte de 10 a 15 de cada 100 personas infectadas. Además, entre quienes sobreviven, aproximadamente 10 a 20 de cada 100 personas quedan con discapacidades, como pérdida de la audición, daño cerebral, daño renal, amputaciones, problemas del sistema nervioso o cicatrices muy evidentes por injertos de piel.

La vacuna antimeningocócica ACWY ayuda a prevenir la enfermedad meningocócica que causan los serogrupos A, C, W e Y. Está disponible otra vacuna antimeningocócica como ayuda para la protección contra el serogrupo B.

### 2 Vacuna antimeningocócica ACWY

La vacuna antimeningocócica conjugada (MenACWY) cuenta con licencia de la Food and Drug Administration, FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos) para la protección contra los serogrupos A, C, W e Y.

Se recomienda la administración rutinaria de dos dosis de MenACWY a adolescentes de 11 a 18 años de edad: la primera dosis a los 11 o 12 años con una dosis de refuerzo a los 16 años. Algunos adolescentes, incluidos los que tienen VIH, deben recibir dosis adicionales. Pregunte a su proveedor de cuidados de la salud para obtener más información.

Además de la vacunación rutinaria de adolescentes, la vacuna MenACWY también se recomienda a ciertos grupos de personas:

- Personas en riesgo a causa de un brote de enfermedad meningocócica de un serogrupo A, C, W o Y
- Personas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
- Personas cuyo bazo sufrió daños o fue extirpado, incluidas las personas con enfermedad drepanocítica
- Todas las personas con un trastorno poco frecuente del sistema inmunitario, denominado “deficiencia persistente de componentes del complemento”
- Todas las personas que toman un medicamento llamado eculizumab (Soliris®)
- Microbiólogos que trabajan rutinariamente con aislados de *N. meningitidis*
- Toda persona que viaje o viva en una parte del mundo donde la enfermedad meningocócica sea frecuente, como en algunas partes de África
- Estudiantes de primer año de universidad que viven en dormitorios universitarios
- Reclutas militares de EE. UU.

Algunas personas necesitan varias dosis para su protección adecuada. Pregunte a su proveedor de cuidados de la salud sobre la cantidad y frecuencia de dosis, y la necesidad de dosis de refuerzo.



**3****Algunas personas no deben recibir esta vacuna**

Informe a la persona que le administra la vacuna si tiene **alergias severas, potencialmente mortales**. No debe recibir la vacuna si ha tenido una reacción alérgica potencialmente mortal después de una dosis de la vacuna antimeningocócica ACWY o si tiene una alergia severa a cualquier componente de esta vacuna. Su proveedor puede informarle sobre los ingredientes de la vacuna.

No se tiene mucha información acerca de los posibles riesgos de esta vacuna en mujeres embarazadas o que amamantan. Sin embargo, el embarazo o amamantamiento no son razones para evitar la vacuna MenACWY. Las mujeres embarazadas o que amamantan deben ser vacunadas si están en riesgo incrementado de enfermedad meningocócica.

Si tiene una enfermedad leve, como un resfriado, es probable que pueda recibir la vacuna hoy mismo. Si tiene una enfermedad moderada o grave, probablemente deba esperar hasta que se recupere. Su médico puede orientarlo al respecto.

**4****Riesgos de una reacción a la vacuna**

Con cualquier medicamento, incluidas las vacunas, hay probabilidades de que se produzcan efectos secundarios. Generalmente, estos son leves y desaparecen por sí solos en unos pocos días, pero también es posible que se produzcan reacciones graves.

Casi la mitad de las personas que reciben la vacuna antimeningocócica ACWY experimentan **problemas leves** después de la vacunación, como enrojecimiento o dolor muscular en el sitio de la inyección. Si estos problemas ocurren, es usual que duren 1 o 2 días.

Un pequeño porcentaje de las personas que reciben la vacuna experimenta dolor en músculos o articulaciones.

**Problemas que podrían ocurrir después de cualquier vacuna inyectada:**

- En algunos casos, las personas se desmayan después de un procedimiento médico, incluida la vacunación. Sentarse o acostarse durante aproximadamente 15 minutos ayuda a prevenir los desmayos y las lesiones causadas por una caída. Informe al médico si se tiene mareo o aturdimiento, o si tiene cambios en la visión.
- Algunas personas sienten un dolor severo en el hombro y tienen dificultad para mover el brazo donde se aplicó la inyección. Esto ocurre con muy poca frecuencia.
- Cualquier medicamento puede provocar una reacción alérgica severa. Tales reacciones a una vacuna son muy poco frecuentes: se estima que se presentan aproximadamente en 1 de cada millón de dosis y se producen de minutos a horas después de la vacunación.

Al igual que con cualquier medicina, hay una probabilidad muy remota de que una vacuna cause una lesión grave o la muerte.

La seguridad de las vacunas se monitorea constantemente. Para obtener más información, visite: [www.cdc.gov/vaccinesafety/](http://www.cdc.gov/vaccinesafety/)

Translation provided by the Immunization Action Coalition

**5****¿Qué hago si ocurre una reacción grave?****¿A qué debo prestar atención?**

- Debe prestar atención a todo lo que le preocupe, como signos de una reacción alérgica grave, fiebre muy alta o comportamiento inusual.

Los signos de una reacción alérgica severa pueden incluir ronchas, hinchazón de la cara y la garganta, dificultad para respirar, pulso acelerado, mareos y debilidad, usualmente en minutos a horas después de recibir la vacunación.

**¿Qué debo hacer?**

- Si cree que se trata de una reacción alérgica severa u otra emergencia que no puede esperar, llame al 911 y diríjase al hospital más cercano. De lo contrario, llame a su médico.

Luego, debe informar sobre la reacción al Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS (Sistema de informes de eventos adversos derivados de vacunas). Su médico debe presentar este reporte, o puede hacerlo usted mismo a través del sitio web del VAERS en [www.vaers.hhs.gov](http://www.vaers.hhs.gov) o llamando al 1-800-822-7967.

El VAERS no brinda asesoramiento médico.

**6****Programa Nacional de Compensación por Lesiones Ocasionadas por Vacunas**

El National Vaccine Injury Compensation Program, VICP (Programa Nacional de Compensación por Lesiones Ocasionadas por Vacunas) es un programa federal que se creó para compensar a las personas que podrían haber experimentado lesiones ocasionadas por ciertas vacunas.

Las personas que consideren que pueden haber tenido lesiones ocasionadas por una vacuna pueden informarse sobre el programa y sobre cómo presentar una reclamación llamando al 1-800-338-2382 o visitando el sitio web del VICP en: [www.hrsa.gov/vaccinecompensation](http://www.hrsa.gov/vaccinecompensation). Hay un plazo límite para presentar una reclamación de compensación.

**7****¿Dónde puedo obtener más información?**

- Consulte a su proveedor de atención médica. El médico puede darle el folleto informativo de la vacuna o sugerirle otras fuentes de información.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Comuníquese con los Centers for Disease Control and Prevention, CDC (Centros para Control y Prevención de Enfermedades):
  - Llame al 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO) o
  - Visite el sitio web de los CDC en: [www.cdc.gov/vaccines](http://www.cdc.gov/vaccines)

Vaccine Information Statement (Interim)  
**Meningococcal ACWY**  
**Vaccines** Spanish



Office use only

8/24/2018 | 42 U.S.C. § 300aa-26



# Vacuna Tdap

## Lo que necesita saber

(Tétanos, difteria y tos ferina)

Many Vaccine Information Statements are available in Spanish and other languages. See [www.immunize.org/vis](http://www.immunize.org/vis)

Hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y en muchos otros idiomas. Visite [www.immunize.org/vis](http://www.immunize.org/vis).

### 1 ¿Por qué es necesario vacunarse?

El **tétanos**, la **difteria** y la **tos ferina** son enfermedades muy graves. La vacuna Tdap puede protegernos contra estas enfermedades. Además, si se administra la vacuna Tdap a las mujeres embarazadas, puede proteger a los bebés recién nacidos contra la tos ferina.

El **TÉTANOS** (trismo) es poco frecuente en los Estados Unidos actualmente. Este causa tensión y rigidez dolorosas en los músculos, en general, de todo el cuerpo.

- Puede ocasionar rigidez en los músculos de la cabeza y el cuello, lo que impide abrir la boca, tragar o en ocasiones, incluso respirar. El tétanos provoca la muerte de cerca de 1 de cada 10 personas infectadas, incluso después de recibir la mejor atención médica.

La **DIFTERIA** también es poco frecuente en los Estados Unidos actualmente. Esta puede ocasionar que se forme una capa gruesa en la parte posterior de la garganta.

- Esto puede provocar problemas para respirar, insuficiencia cardíaca, parálisis y muerte.

La **TOS FERINA** (tos convulsiva) causa accesos de tos severos que pueden producir dificultad para respirar, vómitos y alteraciones del sueño.

- También puede provocar pérdida de peso, incontinencia y fracturas en las costillas. Hasta 2 de cada 100 adolescentes y 5 de cada 100 adultos con tos ferina son hospitalizados o tienen complicaciones, que pueden incluir neumonía o la muerte.

Estas enfermedades son ocasionadas por bacterias. La difteria y la tos ferina se contagian de persona a persona por medio de secreciones de la tos o los estornudos. El tétanos entra al cuerpo a través de cortes, raspones o heridas.

Antes de que las vacunas existieran, cada año se reportaban hasta 200,000 casos de difteria; 200,000 casos de tos ferina y centenares de casos de tétanos en los Estados Unidos. Desde que comenzó la vacunación, los reportes de casos de tétanos y difteria han disminuido en cerca de un 99 %, y los reportes de casos de tos ferina, aproximadamente en un 80 %.

### 2 Vacuna Tdap

La vacuna Tdap puede proteger a los adolescentes y a los adultos contra el tétanos, la difteria y la tos ferina. Una dosis de Tdap se administra de forma rutinaria a los 11 o 12 años. Las personas que *no* recibieron la vacuna Tdap a esa edad deben recibirla tan pronto como sea posible.

La vacuna Tdap es especialmente importante para los profesionales de atención médica y para todas las personas que estén en contacto cercano con un bebé de menos de 12 meses de edad.

Las mujeres embarazadas deben recibir una dosis de Tdap durante **cada embarazo** para proteger al recién nacido contra la tos ferina. Los lactantes tienen el mayor riesgo de

tener complicaciones severas que representen un riesgo para la vida a causa de la tos ferina.

Otra vacuna, denominada Tétanos y difteria (Tetanus and diphtheria, Td), protege contra el tétanos y la difteria, pero no contra la tos ferina. Debe administrarse un refuerzo de Td cada 10 años. Si no se ha recibido la vacuna Tdap nunca antes, puede administrarse como uno de estos refuerzos. La vacuna Tdap también puede administrarse después de un corte o quemadura severos para prevenir una infección por tétanos.

Su médico o la persona que le aplica la vacuna pueden brindarle más información.

La vacuna Tdap puede administrarse de forma segura al mismo tiempo que otras vacunas.

### 3 Algunas personas no deben recibir esta vacuna

- Las personas que hayan tenido alguna vez una reacción alérgica que representó un riesgo para la vida después de haber recibido una dosis previa de alguna vacuna contra la difteria, el tétanos o la tos ferina o que tengan alergia severa a cualquier parte de esta vacuna no deben recibir la vacuna Tdap. Informe a la persona que aplica la vacuna acerca de cualquier alergia severa.
- Las personas que hayan estado en coma o que hayan tenido convulsiones largas y repetidas en el término de 7 días después de haber recibido una dosis infantil de Difteria, tétanos y tos ferina (Diphtheria, Tetanus and Pertussis, DTP) o de DTaP (versión posterior de la DTP), o una dosis previa de Tdap, no deben recibir la vacuna Tdap, a menos que se haya encontrado una causa ajena a la vacuna. De todos modos, pueden aplicarse la vacuna Td.
- Hable con su médico si usted:
  - tiene convulsiones u otro problema del sistema nervioso;
  - tuvo dolor o hinchazón severos después de recibir alguna vacuna que contenía difteria, tétanos o tos ferina;
  - alguna vez tuvo una afección denominada síndrome de Guillain-Barré (Guillain-Barré Syndrome, GBS);
  - no se siente bien el día en que está programada la aplicación de la inyección.

### 4 Riesgos

Con cualquier medicamento, incluidas las vacunas, hay posibilidades de que se produzcan efectos secundarios. Generalmente, estos son leves y desaparecen por sí solos. Las reacciones graves también son posibles, pero son poco frecuentes.

La mayoría de las personas que reciben la vacuna Tdap no tienen ningún problema con ella.



U.S. Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

**Problemas leves** después de la aplicación de Tdap:  
(No interfirieron en las actividades)

- Dolor en el lugar donde se aplicó la inyección (aproximadamente 3 de cada 4 adolescentes o 2 de cada 3 adultos).
- Enrojecimiento o hinchazón en el lugar donde se aplicó la inyección (aproximadamente 1 de cada 5 personas).
- Fiebre leve de por lo menos 100.4 °F (hasta aproximadamente, 1 de cada 25 adolescentes o 1 de cada 100 adultos).
- Dolor de cabeza (aproximadamente 3 o 4 de cada 10 personas).
- Cansancio (aproximadamente 1 de cada 3 o 4 personas).
- Náuseas, vómitos, diarrea, dolor de estómago (hasta 1 de cada 4 adolescentes o 1 de cada 10 adultos).
- Escalofríos, dolor en las articulaciones (aproximadamente 1 de cada 10 personas).
- Dolores corporales (aproximadamente 1 de cada 3 o 4 personas).
- Erupción, hinchazón de los ganglios (poco frecuente).

**Problemas moderados** después de la aplicación de la vacuna Tdap: (Interfirieron en las actividades, pero no se requirió atención médica)

- Dolor en el lugar donde se aplicó la inyección (hasta 1 de cada 5 o 6 personas).
- Enrojecimiento o hinchazón en el lugar donde se aplicó la inyección (hasta aproximadamente, 1 de cada 16 adolescentes o 1 de cada 12 adultos).
- Fiebre de más de 102 °F (aproximadamente 1 de cada 100 adolescentes o 1 de cada 250 adultos).
- Dolor de cabeza (aproximadamente 1 de cada 7 adolescentes o 1 de cada 10 adultos).
- Náuseas, vómitos, diarrea, dolor de estómago (hasta 1 o 3 de cada 100 personas).
- Hinchazón de todo el brazo en el lugar donde se aplicó la inyección (hasta aproximadamente, 1 de cada 500 personas).

**Problemas severos** después de la aplicación de la vacuna Tdap: (Imposibilidad para realizar actividades habituales; se requirió atención médica)

- Hinchazón, dolor severo, sangrado y enrojecimiento del brazo en el lugar donde se aplicó la inyección (poco frecuente).

**Problemas que pueden producirse después de la aplicación de cualquier vacuna:**

- En algunos casos, las personas se desmayan después de un procedimiento médico, incluida la vacunación. Sentarse o acostarse durante cerca de 15 minutos puede ayudar a prevenir los desmayos y las lesiones por una caída. Informe a su médico si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.
- Algunas personas sienten un dolor severo en el hombro y tienen dificultad para mover el brazo en el cual se aplicó la inyección. Esto ocurre con muy poca frecuencia.
- Cualquier medicamento puede provocar una reacción alérgica severa. Tales reacciones a una vacuna son muy poco frecuentes: se estima que se presentan en menos de 1 de cada millón de dosis y se producen desde algunos minutos hasta algunas horas después de la vacunación.

Al igual que con cualquier medicamento, hay una probabilidad muy remota de que una vacuna cause una lesión grave o la muerte.

La seguridad de las vacunas se monitorea constantemente. Para obtener más información, visite: [www.cdc.gov/vaccinesafety/](http://www.cdc.gov/vaccinesafety/)

Translation provided by the Immunization Action Coalition

5

¿Qué hago si hay un problema grave?

**¿A qué debo prestar atención?**

- Debe prestar atención a todo lo que le preocupe, como signos de una reacción alérgica severa, fiebre muy alta o un comportamiento inusual.
- Los signos de una reacción alérgica severa pueden incluir urticaria, hinchazón de la cara y la garganta, dificultad para respirar, pulso acelerado, mareos y debilidad. Por lo general, estos podrían comenzar entre algunos minutos y algunas horas después de la vacunación.

**¿Qué debo hacer?**

- Si cree que se trata de una reacción alérgica severa u otra emergencia que no puede esperar, llame al 9-1-1 o lleve a la persona al hospital más cercano. De lo contrario, llame a su médico.
- Luego, la reacción se debe reportar al Sistema de reporte de eventos adversos derivados de las vacunas (Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS). Su médico puede presentar este reporte o puede hacerlo usted mismo a través del sitio web del VAERS en: [www.vaers.hhs.gov](http://www.vaers.hhs.gov) o llamando al 1-800-822-7967.

El VAERS no proporciona asesoramiento médico.

6

Programa Nacional de Compensación por Lesiones Ocasionadas por Vacunas

El Programa Nacional de Compensación por Lesiones Ocasionadas por Vacunas (Vaccine Injury Compensation Program, VICP) es un programa federal que se creó para compensar a las personas que pueden haber tenido lesiones ocasionadas por determinadas vacunas.

Las personas que consideren que pueden haber tenido lesiones ocasionadas por una vacuna pueden informarse sobre el programa y sobre cómo presentar una reclamación llamando al 1-800-338-2382 o visitando el sitio web del VICP en: [www.hrsa.gov/vaccinecompensation](http://www.hrsa.gov/vaccinecompensation). Hay un plazo para presentar una reclamación de compensación.

7

¿Dónde puedo obtener más información?

- Pregúntele a su médico. El médico puede darle el folleto informativo de la vacuna o sugerirle otras fuentes de información.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Comuníquese con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC):
  - Llame al 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO) o
  - Visite el sitio web de CDC en [www.cdc.gov/vaccines](http://www.cdc.gov/vaccines)

Vaccine Information Statement  
Tdap Vaccine

2/24/2015

Spanish

42 U.S.C. § 300aa-26

Office Use Only



## HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE VACUNAS

# Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH): *Lo que necesita saber*

Many Vaccine Information Statements are available in Spanish and other languages. See [www.immunize.org/vis](http://www.immunize.org/vis)  
Muchas de las hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y otros idiomas. Consulte [www.immunize.org/vis](http://www.immunize.org/vis)

### 1 ¿Por qué es necesario vacunarse?

La vacuna contra el VPH previene la infección con tipos del virus del papiloma humano (VPH) que están asociados con muchos tipos de cáncer, entre los que se incluyen los siguientes:

- **cáncer cervical** en mujeres,
- **cáncer de vagina y de vulva** en mujeres,
- **cáncer anal** en mujeres y en hombres,
- **cáncer de garganta** en mujeres y en hombres, y
- **cáncer de pene** en hombres.

Además, la vacuna contra el VPH previene la infección con tipos del VPH que causan **verrugas genitales** tanto en las mujeres como en los hombres.

En EE. UU., unas 12,000 mujeres contraen cada año el cáncer cervical, y casi 4,000 mujeres mueren a causa de él. La vacuna contra el VPH previene la mayoría de estos casos de cáncer cervical.

*La vacunación no es sustituto de los estudios de detección de cáncer cervical. Esta vacuna no protege contra todos los tipos de VPH que pueden provocar el cáncer cervical. Las mujeres todavía deben someterse con regularidad al frotis de Papanicolaou de rutina.*

La infección por el VPH suele producirse por contacto sexual, y la mayoría de las personas se infectan en algún momento de su vida. Cada año, se infectan aproximadamente 14 millones de estadounidenses, lo que incluye adolescentes. La mayoría de las infecciones desaparecen solas y no causan problemas graves. Pero miles de mujeres y hombres contraen cáncer y otras enfermedades por el VPH.

### 2 Vacuna contra el VPH

La vacuna contra el VPH está aprobada por la Agencia de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y es recomendada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) tanto para hombres como para mujeres. Se administra de forma rutinaria a los 11 o 12 años de edad, pero puede aplicarse a partir de los 9 años hasta los 26 años.

La mayoría de los adolescentes de entre 9 y 14 años deberían recibir la vacuna contra el VPH como una serie de dos dosis con un intervalo de 6 a 12 meses entre las dosis. Las personas que comienzan la vacunación contra el VPH a los 15 años o más tarde deberían recibir la vacuna como una serie de tres dosis: la segunda dosis se debe administrar entre 1 y 2 meses después de

la primera dosis y la tercera dosis se debe administrar 6 meses después de la primera dosis. Hay varias excepciones a estas recomendaciones respecto de la edad. Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.

### 3 Algunas personas no deben recibir esta vacuna

- Toda persona que haya tenido una reacción alérgica severa (potencialmente mortal) a una dosis de la vacuna contra el VPH no debe recibir otra dosis.
- Toda persona que tenga una alergia severa (potencialmente mortal) a algún componente de la vacuna contra el VPH no debe recibir la vacuna.

*Informe a su médico si sabe que tiene alguna alergia severa, incluida una alergia severa a la levadura.*

- No se recomienda administrar la vacuna contra el VPH a mujeres embarazadas. Si se enteró que estaba embarazada al recibir la vacuna, no hay razones para esperar que usted o el bebé tengan algún problema. Se recomienda que toda mujer que haya descubierto que estaba embarazada al recibir la vacuna contra el VPH se comunique durante el embarazo con el registro de vacunación contra el VPH del fabricante al 1-800-986-8999. Las mujeres que están amamantando pueden vacunarse.
- Si tiene una enfermedad leve, como un resaca, es probable que pueda recibir la vacuna hoy mismo. Si tiene una enfermedad moderada o grave, posiblemente deba esperar hasta recuperarse. Su médico puede aconsejarlo.

### 4 Riesgos de una reacción a la vacuna

Con cualquier medicamento, incluidas las vacunas, hay posibilidades de que se produzcan efectos secundarios. Aunque estos son usualmente leves y desaparecen por sí solos, también es posible que se produzcan reacciones graves.

La mayoría de las personas que reciben la vacuna contra el VPH no tienen ningún problema grave con ella.

#### Problemas leves o moderados luego de la aplicación de la vacuna contra el VPH:

- Reacciones en el brazo donde se aplicó la inyección:
  - Dolor muscular (aproximadamente 9 de cada 10 personas)



- Enrojecimiento o hinchazón (aproximadamente 1 de cada 3 personas)
- Fiebre:
  - Leve (37.8 °C/100 °F) (aproximadamente 1 de cada 10 personas)
  - Moderada (38.9 °C/102 °F) (aproximadamente 1 de cada 65 personas)
- Otros problemas:
  - Dolor de cabeza (aproximadamente 1 de cada 3 personas)

**Problemas que podrían ocurrir después de cualquier vacuna inyectada:**

- En algunos casos, las personas se desmayan después de un procedimiento médico, incluida la vacunación. Sentarse o acostarse durante aproximadamente 15 minutos ayuda a prevenir los desmayos y las lesiones causadas por una caída. Informe al médico si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.
- Algunas personas sienten un dolor grave en el hombro y tienen dificultad para mover el brazo donde se aplicó la inyección. Esto ocurre con muy poca frecuencia.
- Cualquier medicamento puede provocar una reacción alérgica grave. Tales reacciones a una vacuna son muy poco frecuentes: se estima que se presentan aproximadamente en 1 de cada millón de dosis y se producen de minutos a horas después de la vacunación.

Al igual que con cualquier medicamento, hay una probabilidad muy remota de que una vacuna cause una lesión grave o la muerte.

La seguridad de las vacunas se monitorea constantemente. Para obtener más información, visite: [www.cdc.gov/vaccinesafety/](http://www.cdc.gov/vaccinesafety/).

**5**

**¿Qué hago si ocurre una reacción grave?**

**¿A qué debo prestar atención?**

Debe prestar atención a todo lo que le preocupe, como signos de una reacción alérgica grave, fiebre muy alta o comportamiento inusual.

Los signos de una **reacción alérgica grave** pueden incluir ronchas, hinchazón de la cara y garganta, dificultad para respirar, pulso acelerado, mareo y debilidad. Por lo general, estos podrían comenzar minutos a horas después de la vacunación.

**¿Qué debo hacer?**

Si cree que se trata de una **reacción alérgica severa** u otra emergencia que no puede esperar, llame al 9-1-1 o diríjase al hospital más cercano. De lo contrario, llame a su médico.

Luego, la reacción se debe reportar al Sistema de reporte de eventos adversos derivados de las vacunas (Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS). Su médico debe presentar este reporte o puede hacerlo usted mismo a través del sitio

Translation provided by the Immunization Action Coalition

web del VAERS en [www.vaers.hhs.gov](http://www.vaers.hhs.gov) o llamando al **1-800-822-7967**.

*El VAERS no proporciona consejo médico.*

**6**

**Programa Nacional de Compensación por Lesiones Ocasionadas por Vacunas**

El Programa Nacional de Compensación por Lesiones Ocasionadas por Vacunas (National Vaccine Injury Compensation Program, VICP) es un programa federal que se creó para compensar a las personas que pueden haber tenido lesiones causadas por ciertas vacunas.

Las personas que consideren que pueden haber tenido lesiones ocasionadas por una vacuna pueden informarse sobre el programa y sobre cómo presentar una reclamación llamando al **1-800-338-2382** o visitando el sitio web del VICP en: [www.hrsa.gov/vaccinecompensation](http://www.hrsa.gov/vaccinecompensation). Hay un plazo límite para presentar una reclamación de compensación.

**7**

**¿Dónde puedo obtener más información?**

- Pregunte a su proveedor de cuidados de la salud. El médico puede darle el folleto informativo de la vacuna o sugerirle otras fuentes de información.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Comuníquese con los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC):
  - Llame al **1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO)** o
  - Visite el sitio web de los CDC en [www.cdc.gov/hpv](http://www.cdc.gov/hpv)

Vaccine Information Statement  
**HPV Vaccine**

12/02/2016

Spanish

Office Use Only



42 U.S.C. § 300aa-26