

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA

Vacuna neumocócica polisacárida (PPSV23): Lo que necesita saber

Many vaccine information statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

Muchas de las hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y otros idiomas. Consulte www.immunize.org/vis

1. ¿Por qué es necesario vacunarse?

La vacuna neumocócica polisacárida (pneumococcal polysaccharide vaccine, PPSV23) puede prevenir **enfermedades neumocócicas**.

Se considera una **enfermedad neumocócica** a cualquier enfermedad que provocan los neumococos, que son bacterias. Estas bacterias pueden causar muchos tipos de enfermedades, que incluyen:

- Neumonía (infección de los pulmones)
- Infecciones del oído
- Sinusitis
- Meningitis (infección del tejido que recubre el cerebro y la médula espinal)
- Bacteriemia (infección del torrente sanguíneo)

Todas las personas pueden contraer la enfermedad neumocócica, pero los niños pequeños, los adultos mayores y las personas con ciertos factores de riesgo tienen un mayor riesgo.

En su mayoría, las infecciones neumocócicas son leves. Sin embargo, algunas pueden causar problemas a largo plazo, como daño cerebral o sordera. La meningitis, bacteriemia y neumonía causadas por la enfermedad neumocócica pueden provocar la muerte.

2. PPSV23

La PPSV23 ayuda a proteger contra 23 tipos de bacterias que provocan enfermedades neumocócicas.

La PPSV23 se recomienda como una opción para algunos niños y adolescentes con ciertas afecciones médicas o factores de riesgo.

Para los adultos, se recomienda la PPSV23 después de una dosis de la vacuna neumocócica conjugada 15 valente (15-valent pneumococcal conjugate vaccine, PCV15).

Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.

3. Hable con su proveedor de atención médica

Informe a su proveedor de vacunas si la persona que recibe la vacuna:

- Ha tenido una **reacción alérgica después de una dosis previa de PPSV23** o si tiene alguna **alergia grave y potencialmente mortal**.

En algunos casos, su proveedor de atención médica podría decidir que se posponga la vacunación con la PPSV23 para una visita futura.

Se puede vacunar a personas con enfermedades leves, como el catarro común. Las personas con enfermedades moderadas o graves usualmente deben esperar hasta recuperarse para recibir la PPSV23.

Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.



U.S. CENTERS FOR DISEASE
CONTROL AND PREVENTION

4. Riesgos de una reacción a la vacuna

- Se puede producir enrojecimiento, hinchazón, dolor o sensibilidad donde se aplique la inyección, cansancio, dolor de cabeza, fiebre, escalofríos o dolores musculares después de recibir la PPSV23.

En algunos casos, las personas se desmayan después de procedimientos médicos, incluidas las vacunaciones. Informe a su proveedor de atención médica si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.

Al igual que con cualquier medicina, hay probabilidades muy remotas de que una vacuna cause una reacción alérgica grave, otra lesión grave o la muerte.

5. ¿Qué hago si ocurre algún problema grave?

Podría ocurrir una reacción alérgica después de que la persona vacunada deje la clínica. Si observa signos de una reacción alérgica grave (ronchas, hinchazón de la cara y garganta, dificultad para respirar, latidos rápidos, mareo o debilidad), llame al **911** y lleve a la persona al hospital más cercano.

Llame a su proveedor de atención médica si hay otros signos que le preocupan.

Las reacciones adversas se deben informar al Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS (Sistema para reportar reacciones adversas a las vacunas). Es usual que el proveedor de atención médica informe sobre ello, o también puede hacerlo usted mismo. Visite el sitio web de VAERS en www.vaers.hhs.gov o llame al **1-800-822-7967**. *El VAERS es solo para informar sobre reacciones y el personal de VAERS no proporciona consejos médicos.*

6. ¿Dónde puedo obtener más información?

- Consulte a su proveedor de atención médica.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Consulte en el sitio web de la Food and Drug Administration, FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos) los folletos informativos de las vacunas e información adicional, en www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines.
- Comuníquese con los Centers for Disease Control and Prevention, CDC (Centros para el 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.

Spanish translation provided by Immunize.org





Suplemento para la Hoja de Información sobre la Vacuna
neumocócica polisacárida (PPSV23): *Lo que necesita saber*
Declaración de información sobre vacunas

1. Estoy de acuerdo en que la persona nombrada abajo reciba la vacuna marcada.
2. He recibido o se me ha ofrecido copia de la hoja con la información sobre esta vacuna (VIS).
3. Conozco los riesgos de la enfermedad que esta vacuna previene.
4. Conozco los beneficios y los riesgos de esta vacuna.
5. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la enfermedad, la vacuna y cómo se da la vacuna.
6. Sé que a la persona nombrada abajo se le va a dar una vacuna para prevenir la enfermedad que esta vacuna previene.
7. 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.

DECLARACION: Autorizo que se de cualquier información médica necesaria para procesar el reclamo. También pido pago de beneficios del gobierno al agente que acepte la asignatura.

Provider Identification Number: _____

Medicare Beneficiary Identifier (MBI): _____

Vacuna que se va a dar: ☐ Vacuna Neumocócica Polisacárida (PPSV)

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.state.tx.us> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Aviso sobre derechos de la vida privada: Yo admito haber recibido de mi proveedor de inmunización una copia del aviso sobre derechos de la vida privada, Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA).

Información sobre la persona que va a recibir la vacuna (por favor, en letra de imprenta)				
Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Sexo (marque uno)
				☐ M ☐ F
Dirección	Ciudad	Condado	Estado TX	Código postal
Firma de la persona que va a ser vacunada o la persona autorizada a solicitar la vacuna (padre o tutor legal):				
X _____			Fecha: _____	
X _____			Fecha: _____	
Testigo				

Para uso de la clínica o de la oficina (For Clinic / Office Use Only)

Clinic / Office Address:	Date Vaccine Administered:
	Vaccine Manufacturer:
	Vaccine Lot Number:
	Site of Injection:
	Title of Vaccine Administrator:
	Signature of Vaccine Administrator:
	Date VIS Given:

Notice: Alterations or changes to this publication is prohibited.

Instructions: File this consent statement in the patient's chart.