

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA

Vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib): Lo que necesita saber

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

Están disponibles hojas de información sobre vacunas en español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.org/vis

1. ¿Por qué es necesario vacunarse?

La vacuna contra Hib puede prevenir la enfermedad por *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib).

Haemophilus influenzae tipo b puede causar muchos tipos de infecciones. Aunque estas infecciones suelen afectar a niños menores de 5 años, también pueden afectar a adultos que tienen ciertos padecimientos médicos. La bacteria Hib puede causar una enfermedad leve, como infecciones de los oídos o bronquitis, o una enfermedad grave, como infecciones de la sangre. La infección grave por Hib, también llamada “enfermedad por Hib invasiva”, requiere tratamiento en un hospital y a veces puede culminar en la muerte.

Antes de que existiera la vacuna contra la Hib, esta enfermedad a causa de Hib era la causa principal de meningitis bacteriana en niños menores de 5 años en Estados Unidos. La meningitis es una infección del recubrimiento del cerebro y de la médula espinal. Puede provocar daño cerebral y sordera.

La infección por Hib también puede causar:

- Neumonía
- Hinchazón grave de la garganta, que dificulta la respiración
- infecciones de la sangre, articulaciones, huesos y la membrana que recubre el corazón
- Muerte

2. Vacuna contra Hib

La vacuna contra Hib se administra en 3 o 4 dosis (dependiendo de la marca).

Los lactantes usualmente reciben la primera dosis de la vacuna contra la Hib a la edad de 2 meses y, por lo general la serie se suele completar a la edad de 12–15 meses.

En niños de 12 meses a 5 años que no hayan recibido previamente la serie de vacunación completa contra Hib pueden necesitar 1 o más dosis de la vacuna contra Hib.

Aunque los niños mayores de 5 años, adolescentes y adultos no suelen recibir la vacuna contra Hib, esta se podría recomendar en niños mayores o adultos cuyo bazo esté dañado o se haya extirpado, incluidas las personas con anemia drepanocítica, antes de la operación para extirpar el bazo, o después de un trasplante de médula ósea. La vacuna contra Hib también se podría recomendar a personas de 5 a 18 años con VIH.

Es posible administrar la vacuna contra Hib como vacuna independiente o como parte de una vacuna combinada (un tipo de vacuna en que se combinan varias vacunas en una inyección).

La vacuna contra la Hib se puede administrar al mismo tiempo que otras vacunas.

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 recibir una dosis previa de la vacuna contra Hib** o si ha tenido cualquier **alergia severa y potencialmente mortal**.

En algunos casos, su proveedor de atención médica podría decidir que se posponga la vacunación contra la Hib hasta una visita futura.

Se puede vacunar a personas con enfermedades leves, como el catarro común. Las personas con



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

enfermedad moderada o grave usualmente deben esperar hasta recuperarse para recibir la vacuna contra Hib.

Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.

4. Riesgos de una reacción a la vacuna

- Enrojecimiento, calor e hinchazón en el sitio donde se administra la inyección y fiebre después de la vacunación contra Hib.

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 **9-1-1** 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 reportar 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.*

Spanish translation provided by the Immunization Action Coalition

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 reclamaciones relativas a presuntas lesiones o fallecimientos debidos a la vacunación tienen un límite de tiempo para su presentación, que puede ser de tan solo dos años. Visite el sitio web de VICP en www.hrsa.gov/vaccinecompensation o llame al **1-800-338-2382** para obtener información acerca del programa y de cómo presentar una reclamación.

7. ¿Dónde puedo obtener más información?

- Consulte a su proveedor de atención médica.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Visite el sitio web de la Food and Drug Administration, FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos) para consultar 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.





**Suplemento para la Hoja de Información sobre la Vacuna
Contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib): 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.

Vacuna que se va a dar: Vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib)

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
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				

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)

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).

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.