

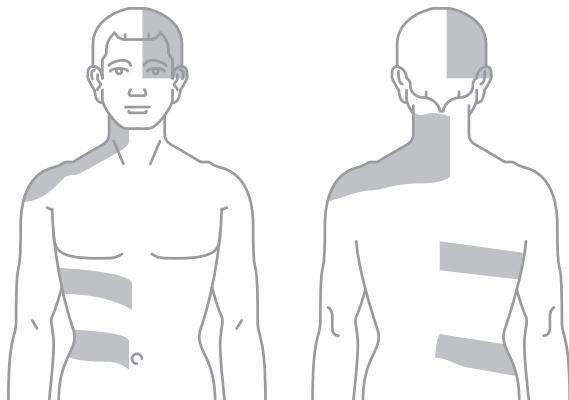
DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA

Vacuna recombinante contra el herpes zóster (culebrilla): lo que necesita saber

1. ¿Por qué es necesario vacunarse?

La vacuna recombinante contra el herpes zóster (culebrilla) puede prevenir que contraiga **herpes zóster**.

El **herpes zóster** (también llamado culebrilla, o solo herpes) es una erupción cutánea dolorosa, a menudo con ampollas. Además de la erupción cutánea, el herpes zóster puede provocar fiebre, dolor de cabeza, escalofríos o malestar estomacal. Con poca frecuencia, el herpes zóster puede provocar complicaciones como neumonía, problemas de audición, ceguera, inflamación del cerebro (encefalitis) o la muerte.



El riesgo de sufrir herpes zóster aumenta con la edad. La complicación más frecuente del herpes zóster es dolor de los nervios a largo plazo, denominada neuralgia postherpética (NPH). La NPH se produce en las zonas donde se produjo la erupción del herpes zóster y puede durar meses o años después de que la erupción ha desaparecido. El dolor de la NPH puede ser intenso y debilitante.

El riesgo de sufrir NPH aumenta con la edad. Un adulto mayor con herpes zóster tiene más probabilidades de padecer NPH y tener dolor más intenso y por más tiempo que una persona joven.

Las personas con sistemas inmunitarios debilitados también tienen un mayor riesgo de padecer herpes zóster y complicaciones de la enfermedad.

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

El herpes zóster es causado por el virus varicela-zóster, el mismo virus que causa la varicela. Después de tener varicela, el virus permanece en el cuerpo y puede causar herpes zóster más adelante en la vida. El herpes zóster no puede transmitirse de una persona a otra, pero el virus que provoca herpes zóster puede diseminarse y provocar varicela en alguien que nunca haya tenido varicela o que nunca haya recibido la vacuna contra la varicela.

2. Vacuna recombinante contra el herpes zóster

La vacuna recombinante contra el herpes zóster brinda una fuerte protección contra el herpes. Al prevenir el herpes zóster, la vacuna recombinante contra el herpes zóster también protege contra la NPH y otras complicaciones.

La vacuna recombinante contra el herpes zóster se recomienda para:

- **Adultos de 50 años y mayores**
- **Adultos a partir de 19 años que tienen un sistema inmunitario debilitado** debido a enfermedades o tratamientos

La vacuna contra el herpes zóster se administra como una serie de dos dosis. Para la mayoría de las personas, la segunda dosis debe administrarse de 2 a 6 meses después de la primera dosis. Algunas personas que tienen o tendrán un sistema inmunitario debilitado pueden recibir la segunda dosis de 1 a 2 meses después de la primera dosis. Consulte a su proveedor de atención médica para obtener asesoramiento.

Se recomienda que las personas que han tenido herpes zóster en el pasado y las personas que han recibido la vacuna contra la varicela reciban la vacuna recombinante contra el herpes zóster. La vacuna también se recomienda para personas que ya han recibido otro tipo de vacuna contra el herpes, la vacuna elaborada con virus vivos contra el herpes zóster. No hay virus vivos en la vacuna recombinante contra el herpes zóster.

La vacuna contra el herpes zóster puede aplicarse al mismo tiempo que otras vacunas.



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

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 la vacuna recombinante contra el herpes zóster**, o si ha tenido cualquier **alergia grave y potencialmente mortal**
- Actualmente, **está experimentando un episodio de herpes**
- **Está embarazada**

En algunos casos, su proveedor de atención médica podría decidir que se posponga la vacuna contra el herpes zóster hasta una visita futura.

Se puede vacunar a personas con enfermedades leves, como el catarro común. Personas con enfermedades moderadas o graves usualmente deben esperar hasta recuperarse para recibir la vacuna recombinante contra el herpes zóster.

Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.

4. Riesgos de una reacción a la vacuna

- Es muy frecuente tener dolor leve o moderado en el brazo después de recibir la vacuna recombinante contra el herpes zóster. También se puede presentar enrojecimiento e hinchazón en el lugar de la inyección.
- Cansancio, dolor muscular, dolor de cabeza, escalofríos, fiebre, dolor de estómago y náuseas son frecuentes después de la vacunación con la vacuna recombinante contra el herpes zóster.

Estos efectos secundarios pueden impedir temporalmente que una persona vacunada realice actividades cotidianas. Por lo general, los síntomas desaparecen por sí solos en 2 a 3 días. Aún deberá recibir la segunda dosis de la vacuna recombinante contra el herpes zóster, incluso si tuvo alguna de estas reacciones después de la primera dosis.

Con muy poca frecuencia, se ha notificado el síndrome de Guillain-Barré (SGB), un trastorno grave del sistema nervioso, después de la vacuna recombinante contra el herpes zóster.

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 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.*

6. ¿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.

Spanish translation provided by Immunize.org

Vaccine Information Statement
Recombinant Zoster Vaccine

02/04/2022

OFFICE
USE
ONLY



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 recombinante contra el herpes zóster (culebrilla)

| Información sobre la persona que va a recibir la vacuna (por favor, en letra de imprenta) | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|---------------------|---------------|
| Apellido | Nombre | Inicial | Fecha de nacimiento | Sexo |
| | | | (mm/dd/aa) | (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 | | | | |

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.