

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA

Primeras vacunas de su hijo:

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

Es probable que las vacunas incluidas en esta declaración se administren al mismo tiempo durante la lactancia y la primera infancia. Existen *declaraciones de información sobre vacunas* separadas para otras vacunas que también se recomiendan de forma rutinaria para niños pequeños (sarampión, paperas, rubéola, varicela, rotavirus, gripe y hepatitis A)

Su niño recibe estas vacunas hoy:

☐ DTaP ☐ Hib ☐ Hepatitis B ☐ PCV ☐ Poliomielitis

(Proveedor: marque las casillas correspondientes).

1. ¿Por qué vacunarse?

Las vacunas pueden prevenir enfermedades. La vacunación infantil es esencial porque ayuda a proporcionar inmunidad antes de que los niños se expongan a enfermedades potencialmente mortales.

Difteria, tétanos y tos ferina (DTaP)

- La **difteria (D)** puede provocar dificultad para respirar, insuficiencia cardíaca, parálisis o la muerte.
- El **tétanos (T)** causa rigidez dolorosa de los músculos. El tétanos puede provocar problemas de salud graves, como no poder abrir la boca, tener problemas para tragar y respirar o la muerte.
- La **tos ferina (aP)**, también conocida como “tos convulsa”, puede causar tos violenta e incontrolable que dificulta la respiración, la alimentación o la bebida. La tos ferina puede ser extremadamente grave, especialmente en bebés y niños pequeños, y causar neumonía, convulsiones, daño cerebral o la muerte.

Enfermedad por Hib (*Haemophilus influenzae* tipo b)

La *Haemophilus influenzae* tipo b puede causar muchos tipos diferentes de infecciones. Las bacterias de la Hib pueden causar enfermedades leves, como infecciones de oído o bronquitis, o pueden causar enfermedades graves, como infecciones de la sangre. La infección por Hib también puede causar neumonía; hinchazón grave en la garganta, lo que dificulta la respiración; e infecciones de la sangre, las articulaciones, los huesos y la cubierta del corazón. La infección grave por Hib, también llamada “enfermedad invasiva por Hib”, requiere tratamiento en un hospital y a veces puede provocar la muerte.

Hepatitis B

La **hepatitis B** es una enfermedad hepática que puede causar una enfermedad leve que dura unas semanas, o puede provocar una enfermedad grave de por vida. La infección aguda por hepatitis B es una enfermedad a corto plazo que puede provocar fiebre, fatiga, pérdida de apetito, náuseas, vómitos, ictericia (piel u ojos amarillos, orina oscura, deposiciones de color arcilla) y dolor en los músculos, las articulaciones y el estómago. La infección crónica por hepatitis B es una enfermedad a largo plazo que se produce cuando el virus de la hepatitis B permanece en el cuerpo de una persona. La mayoría de las personas que desarrollan hepatitis B crónica no tienen síntomas, pero sigue siendo muy grave y puede provocar daño hepático (cirrosis), cáncer de hígado y muerte.

Enfermedad neumocócica (PCV)

La **enfermedad neumocócica** se refiere a cualquier enfermedad causada por bacterias neumocócicas. Estas bacterias pueden causar muchos tipos de enfermedades, incluida la neumonía, que es una infección de los pulmones. Además de la neumonía, las bacterias neumocócicas también pueden causar infecciones del oído, sinusitis, meningitis (infección del tejido que cubre el cerebro y la médula espinal) y bacteriemia (infección de la sangre). La mayoría de las infecciones neumocócicas son leves. Sin embargo, algunos pueden provocar problemas a largo plazo, como daño cerebral o pérdida de la audición.



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

La meningitis, la bacteriemia y la neumonía causadas por la enfermedad neumocócica pueden ser mortales.

Poliomielitis

La polio (o poliomyelitis) es una enfermedad discapacitante y potencialmente mortal causada por el virus de la polio, que puede infectar la médula espinal de una persona y provocar parálisis. La mayoría de las personas infectadas con el virus de la polio no tienen síntomas y muchas se recuperan sin complicaciones. Algunas personas infectadas con poliovirus experimentarán dolor de garganta, fiebre, cansancio, náuseas, dolor de cabeza o dolor de estómago, y la mayoría de las personas con estos síntomas también se recuperarán sin complicaciones. Un grupo más pequeño de personas desarrollará síntomas más graves: parestesia (sensación de hormigueo en las piernas), meningitis (infección de la cubierta de la médula espinal y/o el cerebro) o parálisis (no puede mover partes del cuerpo) o debilidad en los brazos, las piernas o ambos. La parálisis puede provocar discapacidad permanente y la muerte.

2. Vacunas DTaP, Hib, hepatitis B, conjugada neumocócica y antipoliomielítica

Los bebés y los niños generalmente necesitan:

- 5 dosis de la **vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina acelular (DTaP)**
- 3 o 4 dosis de la **vacuna contra la Hib**
- 3 dosis de la **vacuna contra la hepatitis B**
- 4 dosis de la **vacuna antineumocócica conjugada (PCV)**
- 4 dosis de **vacuna contra la polio**

Algunos niños pueden necesitar menos o más dosis de las habituales de algunas vacunas para tener la mejor protección debido a su edad en el momento de la vacunación u otras circunstancias.

También se puede recomendar que los **niños mayores, adolescentes y adultos** con ciertas afecciones de salud u otros factores de riesgo o que no se vacunaron antes reciban 1 o más dosis de algunas de estas vacunas.

Estas vacunas se administran como vacunas independientes o como parte de una vacuna combinada (un tipo de vacuna que combina más de una vacuna en una sola inyección).

3. Hable con su proveedor de atención médica

Informe al pediatra si el niño recibe la vacuna:

Para todas estas vacunas:

- Ha tenido una **reacción alérgica después de una dosis previa de la vacuna** o tiene alguna **alergia grave potencialmente mortal**

Para DTaP:

- Ha tenido una **reacción alérgica después de una dosis previa de cualquier vacuna que protege contra la difteria, el tétanos o la tos ferina**
- Ha estado en **coma, con disminución del nivel de conciencia o convulsiones prolongadas en los 7 días siguientes a una dosis previa de cualquier vacuna contra la tos ferina (DTP o DTaP)**
- Tiene **convulsiones u otro problema del sistema nervioso**
- Ha tenido alguna vez **síndrome de Guillain-Barré** (también llamado “SGB”)
- Ha tenido **dolor intenso o hinchazón después de una dosis previa de cualquier vacuna que proteja contra la difteria o el tétanos**

Para PCV:

- Ha tenido una **reacción alérgica después de una dosis previa de cualquier tipo de vacuna antineumocócica conjugada (PCV13, PCV15, PCV20 o una vacuna antineumocócica conjugada anterior conocida como PCV7), o a cualquier vacuna que contenga toxoide diftérico** (por ejemplo, DTaP)

En algunos casos, el proveedor de atención médica del niño puede decidir posponer la vacunación hasta una visita futura.

Los niños con enfermedades menores, como un resfriado, pueden vacunarse. Los niños que están moderada o gravemente enfermos generalmente deben esperar hasta recuperarse antes de ser vacunados.

El proveedor de atención médica del niño puede darle más información.

4. Riesgos de una reacción a la vacuna

Para todas estas vacunas:

- Después de la vacunación, puede haber dolor, enrojecimiento, hinchazón, calor, dolor o sensibilidad en el lugar donde se administra la inyección.

Para la vacuna DTaP, la vacuna contra la Hib, la vacuna contra la hepatitis B y la PCV:

- La fiebre puede ocurrir después de la vacunación.

Para la vacuna DTaP:

- Después de la vacunación contra la DTaP, a veces se producen mareos, sensación de cansancio, pérdida de apetito y vómitos.
- Las reacciones más graves, como convulsiones, llanto continuo durante 3 horas o más, o fiebre alta (más de 40.5 °C [105 °F]) después de la vacunación con DTaP ocurren con mucha menos frecuencia. En raras ocasiones, la vacunación va seguida de hinchazón de todo el brazo o la pierna, especialmente en niños mayores cuando reciben la cuarta o quinta dosis.

Para PCV:

- Después de la vacunación contra la PCV, puede haber pérdida del apetito, molestias (irritabilidad), sensación de cansancio, dolor de cabeza y escalofríos.
- Los niños pequeños pueden tener un mayor riesgo de sufrir convulsiones causadas por la fiebre después de una vacuna antineumocócica conjugada si se administra al mismo tiempo que la vacuna inactivada contra la gripe. Solicite más información a su proveedor de atención médica.

Como con cualquier medicamento, existe una posibilidad muy remota de que una vacuna cause una reacción alérgica grave, otra lesión grave o la muerte.

5. ¿Qué pasa si hay un problema grave?

Podría producirse una reacción alérgica después de que la persona vacunada abandone la clínica. Si observa signos de una reacción alérgica grave (ronchas, hinchazón de la cara y la garganta, dificultad para respirar, latidos cardíacos rápidos, mareos o debilidad), llame al 9-1-1 y lleve a la persona al hospital más cercano.

Spanish translation provided by Immunize.org

Vaccine Information Statement (Interim)
Multi Pediatric Vaccines

Para otros signos que le preocupen, llame a su proveedor de atención médica.

Las reacciones adversas deben notificarse al Sistema de notificación de acontecimientos adversos de vacunas (Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS). Su proveedor de atención médica generalmente presentará este informe o usted puede hacerlo usted mismo.

Visite el sitio web del VAERS en www.vaers.hhs.gov o llame al 1-800-822-7967. VAERS es solo para informar reacciones, y los miembros del personal de VAERS no brindan asesoramiento médico.

6. Programa Nacional de Compensación por lesiones por vacunas

El Programa Nacional de Compensación por lesiones por vacunas (National Vaccine Injury Compensation Program, VICP) es un programa federal creado para compensar a las personas que pueden haber sufrido lesiones por ciertas vacunas. Las reclamaciones relativas a presuntas lesiones o muertes debidas 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 más información sobre el programa y sobre cómo presentar un reclamo.

7. ¿Cómo puedo obtener más información?

- Pregúntele al proveedor de atención médica.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Visite el sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para obtener prospectos de vacunas e información adicional en www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines.
- Póngase en contacto 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 los CDC en www.cdc.gov/vaccines.

42 U.S.C. § 300aa-26
7/24/2023

OFFICE
USE
ONLY





Suplemento para a la primera de su hijo Vacunas: *Lo que necesita saber* Declaración de información sobre la vacuna

1. Estoy de acuerdo en que la persona cuyo nombre aparece más abajo reciba las vacunas marcadas más abajo.
2. He recibido o se me ha ofrecido una copia de la Hoja de Información sobre Vacunas (VIS) para las vacunas listadas más abajo.
3. Estoy enterado de cuáles son los riesgos de las enfermedades que estas vacunas previenen.
4. Estoy enterado de cuáles son los beneficios y los riesgos de las vacunas.
5. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las enfermedades que las vacunas previenen, sobre las vacunas mismas y sobre cómo estas se administran.
6. Estoy enterado de que la persona cuyo nombre aparece más abajo recibirá en su cuerpo las vacunas para prevenir las enfermedades que estas vacunas previenen.
7. Soy un adulto legalmente facultado para autorizar que la persona cuyo nombre aparece más abajo reciba las vacunas. Por mi propia voluntad firmo y doy permiso para que se le administren estas vacunas.

Vacunas que se van a administrar:

☐ Difteria, tétanos y tos ferina (DTaP)	☐ Hepatitis B (HepB)
☐ <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	☐ Poliomielitis (IPV)
☐ Antineumocócica Conjugada (PCV13)	

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				

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:



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:

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:

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:

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.