

## DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA

# 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)

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

## 1. ¿Por qué es necesario vacunarse?

La vacuna contra el VPH (virus del papiloma humano) puede prevenir la infección por algunos tipos de virus del papiloma humano.

Las infecciones por el VPH pueden causar ciertos tipos de cáncer, como:

- cáncer cervical, vaginal y vulvar en mujeres
- cáncer de pene en hombres
- cáncer anal tanto en hombres como en mujeres
- cáncer de las amígdalas, la base de la lengua y la parte posterior de la garganta (cáncer bucofaríngeo) tanto en hombres como en mujeres.

Las infecciones por el VPH también pueden causar verrugas anogenitales.

La vacuna contra el VPH puede prevenir más de 90 % de los tipos de cáncer que causa el VPH.

El VPH se transmite por contacto íntimo piel con piel o por contacto sexual. Las infecciones por el VPH son tan frecuentes que casi todas las personas tienen al menos un tipo de VPH en algún momento de su vida. La mayoría de las infecciones por el VPH desaparecen por sí solas en 2 años. Sin embargo, a veces las infecciones por el VPH durarán más y pueden causar cáncer más adelante en la vida.

## 2. Vacuna contra el VPH

La vacuna contra el VPH se recomienda de forma rutinaria en adolescentes de 11 o 12 años para garantizar que estén protegidos antes de que se expongan al virus. La vacuna contra el VPH se puede administrar a partir de los 9 años y se recomienda la vacunación en todas las personas hasta los 26 años.

La vacuna contra el VPH se puede administrar a adultos de 27 a 45 años, con base en conversaciones entre el paciente y el proveedor de atención médica.

La mayoría de los menores que reciben la primera dosis antes de los 15 años necesitan 2 dosis de la vacuna contra el VPH. Las personas que reciben la primera dosis a los 15 años o después y las personas más jóvenes con ciertos padecimientos inmunosupresores necesitan 3 dosis. Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.

Es posible administrar la vacuna contra el VPH 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 el VPH** o si ha tenido cualquier **alergia severa y potencialmente mortal**
- Está **embarazada**: no se recomienda administrar la vacuna contra el VPH hasta después del embarazo

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

Se puede vacunar a personas con enfermedades leves, como el catarro común. Las personas con enfermedad moderada o grave usualmente deben esperar hasta recuperarse para recibir la vacuna contra el VPH.

Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.



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

---

## 4. Riesgos de una reacción a la vacuna

---

- Pueden ocurrir dolor, enrojecimiento o hinchazón en el sitio donde se administra la inyección después de la vacunación contra el VPH.
- Pueden ocurrir fiebre o dolor de cabeza después de la vacunación contra el VPH.

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](http://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. 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](http://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](http://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](http://www.cdc.gov/vaccines).





**Suplemento para la Hoja de Información sobre la Vacuna  
Contra el virus del papiloma humano (VPH) (siglas en inglés  
para el virus del papiloma humano): *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 el virus del papiloma humano (VPH)

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 <b>TX</b>	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.**