

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA

Vacuna de la poliomielitis:

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 la poliomielitis puede prevenir la poliomielitis.

La poliomielitis (“polio”) es una enfermedad incapacitante y potencialmente mortal que causa el poliovirus, el cual puede infectar la médula espinal de una persona y causar parálisis.

La mayoría de las personas infectadas con el virus de la poliomielitis no tienen síntomas y muchas se recuperan sin complicaciones. Algunas personas tendrán dolor de garganta, fiebre, cansancio, náusea, dolor de cabeza o dolor estomacal.

Un grupo más pequeño de personas experimentará síntomas más graves, que afectan al cerebro y la médula espinal:

- Parestesias (sensación de hormigueo en las piernas)
- Meningitis (infección del tejido que recubre al cerebro y/o la médula espinal) o
- Parálisis (imposibilidad de mover partes del cuerpo) o debilidad en brazos, piernas o ambos.

La parálisis es el síntoma más grave de la poliomielitis, ya que puede provocar discapacidad permanente y la muerte.

Aunque la parálisis de las extremidades podría mejorar, en algunas personas es posible que surjan dolor y debilidad muscular 15 a 40 años después. Esto se denomina “síndrome postpoliomielítico”.

La poliomielitis se erradicó de Estados Unidos; pero todavía ocurre en otras partes del mundo. La mejor forma de protegerse a sí mismo y mantener la poliomielitis fuera de Estados Unidos es mantener alta inmunidad (protección) en la población contra la poliomielitis, mediante la vacunación.

2. Vacuna de la poliomielitis

Los niños normalmente deben recibir 4 dosis de la vacuna de la poliomielitis a los 2 meses, 4 meses, 6–18 meses y 4–6 años.

La mayoría de los **adultos** no necesitan la vacuna de la poliomielitis porque ya fueron vacunados contra la poliomielitis cuando eran niños. Algunos adultos están en mayor riesgo y deben considerar aplicarse la vacuna contra la poliomielitis, entre ellas:

- Personas que viajan a ciertas partes del mundo
- Trabajadores de laboratorios que posiblemente manejen el virus de la poliomielitis
- Trabajadores de la salud que atienden a pacientes que podrían tener poliomielitis
- Personas no vacunadas cuyos hijos recibirán la vacuna oral contra el virus de la poliomielitis (por ejemplo, quienes adoptan niños de otros países o refugiados de otros países)

La vacuna contra la poliomielitis se puede administrar 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 poliomielitis se puede aplicar 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 la poliomielitis** o si ha tenido cualquier **alergia severa y potencialmente mortal**



U.S. CENTERS FOR DISEASE
CONTROL AND PREVENTION

En algunos casos, su proveedor de atención médica podría decidir que se posponga la vacuna de la poliomielitis hasta 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 antes de recibir la vacuna de la poliomielitis.

No se tiene mucha información acerca de los riesgos de esta vacuna en mujeres embarazadas o que amamantan. Sin embargo, la vacuna contra la poliomielitis se puede administrar si una mujer embarazada está en riesgo alto de contraer la infección y requiere protección inmediata.

Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.

4. Riesgos de una reacción a la vacuna

- Puede surgir una mancha dolorosa con enrojecimiento, hinchazón o dolor en el sitio de administración de la inyección después de la vacunación contra la poliomielitis.

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 consejo médico.*

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 la Antipoliomielítica: Lo que necesitas 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 la Antipoliomielítica

Información sobre la persona que va a recibir la vacuna (por favor, en letra de imprenta)							
Apellido		Nombre		Inicial	Fecha de nacimiento (mmddaaaa)	Sexo (marque uno)	
						M	F
Dirección		Ciudad		Condado	Estado	Código postal	
					TX		
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.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).

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.