

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA

Vacuna MMR (sarampión, paperas y rubéola): *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 MMR puede prevenir el **sarampión, las paperas y la rubéola**.

- El **SARAMPIÓN (measles, M)** causa fiebre, tos, escurrimiento nasal y ojos rojos y llorosos, seguidos frecuentemente de sarpullido que cubre todo el cuerpo. Puede causar convulsiones (a menudo, con fiebre), infecciones del oído, diarrea y neumonía. En casos poco frecuentes, el sarampión puede causar daño cerebral o la muerte.
- Las **PAPERAS (mumps, M)** causan fiebre, dolor de cabeza, dolor muscular, cansancio, pérdida del apetito y glándulas salivales hinchadas y dolorosas bajo las orejas. Pueden causar sordera, hinchazón de la membrana que recubre el cerebro y/o la médula espinal, dolor e hinchazón de los testículos u ovarios y, en casos muy poco frecuentes, la muerte.
- La **RUBÉOLA (R)** causa fiebre, dolor de garganta, sarpullido, dolor de cabeza e irritación de los ojos. La rubéola puede causar artritis hasta en la mitad de las mujeres adolescentes y adultas. Si una mujer contrae la rubéola mientras está embarazada, podría perder al bebé, o el bebé podría nacer con defectos de nacimiento graves.

La mayoría de las personas que reciben la vacuna MMR estarán protegidas de por vida. Las vacunas y las altas tasas de vacunación han hecho que estas enfermedades sean mucho menos frecuentes en Estados Unidos.

2. Vacuna MMR

Los niños necesitan 2 dosis de la vacuna MMR, usualmente:

- La primera dosis a la edad de 12 a 15 meses
- La segunda dosis a los 4 a 6 años

Los lactantes que viajen fuera de Estados Unidos cuando tengan 6 a 11 meses de edad deben recibir una dosis de la vacuna MMR antes de viajar. Estos niños todavía deben recibir 2 dosis adicionales a las edades recomendadas para obtener protección duradera a largo plazo.

En niños mayores, adolescentes y adultos, también se necesitan 1 o 2 dosis de la vacuna MMR si aún no tienen inmunidad contra el sarampión, paperas y rubéola. Su proveedor de atención médica puede ayudarlo a determinar cuántas dosis se necesitan en su caso.

Se podría recomendar una tercera dosis de la vacuna MMR en ciertas personas en situaciones de brotes de paperas.

La vacuna MMR se puede aplicar al mismo tiempo que otras vacunas. Los niños de 12 meses a 12 años podrían recibir la vacuna MMR junto con la vacuna de la varicela en una sola inyección, conocida como MMRV. Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.

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 las vacunas MMR o MMRV** o si ha tenido cualquier **alergia severa y potencialmente mortal**
- Está **embarazada** o cree que podría estarlo; las mujeres embarazadas no deben recibir la vacuna MMR
- Tiene **sistema inmunitario debilitado** o sus **padres, hermanos o hermanas tienen antecedentes de problemas hereditarios o congénitos del sistema inmunitario**
- Ha tenido alguna vez un **padecimiento que haga que se le formen moretones o que sangre fácilmente**
- Ha recibido en fecha reciente **una transfusión de sangre u otros productos de sangre**
- Tiene **tuberculosis**
- Ha recibido cualquier otra vacuna en las 4 semanas previas



**U.S. CENTERS FOR DISEASE
CONTROL AND PREVENTION**

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

Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.

4. Riesgos de una reacción a la vacuna

- Pueden ocurrir dolor de brazo por la inyección o enrojecimiento en el sitio de administración de la inyección, fiebre y sarpullido leve después de recibir la vacuna MMR.
- A veces, ocurren hinchazón de las glándulas de las mejillas o el cuello, o dolor y rigidez temporales en articulaciones (principalmente en mujeres adolescentes o adultas) después de recibir la vacuna MMR.
- En raras ocasiones, ocurren reacciones más graves. Entre estas, se incluyen las convulsiones (a menudo con fiebre) o número bajo temporal de plaquetas, que puede causar sangrado o moretones inusuales.
- En personas con problemas graves del sistema inmunitario, esta vacuna podría causar una infección potencialmente mortal. Las personas con problemas graves del sistema inmunitario no deben recibir la vacuna MMR.

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.*

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 MMR (Sarampión, Paperas y Rubéola): 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: ☐ Sarampión, Paperas y Rubéola (MMR) ☐ Sarampión y Rubéola
☐ Sarampión ☐ Paperas ☐ Rubéola

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 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.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.