

Complete este formulario y devuélvalo a la escuela de su hijo/hija SOLAMENTE si desea que su hijo/hija reciba una vacuna.

POR FAVOR ESCRIBA LEGIBLEMENTE CON BOLIGRAFO AZUL O NEGRO. CADA SECCIÓN DE ESTE FORMULARIO ES REQUERIDO.

Información del estudiante					
Apellido	Primer Nombre e inicial de segundo nombre	Sufijo	Nombre de la Escuela	Año Escolar	Aula de clases / Salón Principal
Dirección			Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Edad	Sexo	Información demográfica (encierre uno): Blanco Indio Americano/Nativo de Alaska Negro Asiatico Hispanico Otro		

Información del Padre o Tutor			
Apellido	Nombre, inicial de segundo nombre	Sufijo	Dirección de correo electrónico
			Número de teléfono de casa
Relación con el estudiante		Número de Celular	

Información de seguro médico requerida		
Las leyes actuales de atención médica requieren que facturemos a su compañía de seguros por la vacuna. No se le facturará a usted y no habrá deuda de copago ni deducible. Este servicio sin costo es posible cuando los padres informan de manera precisa y honesta la información completa del seguro de su hijo/hija.		
Marque uno: <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Seguro insuficiente <input type="checkbox"/> Medicaid (ej.: AmeriGroup, Wellcare, Integral) <input type="checkbox"/> Sin seguro: Certifico que mi hijo/hija no está cubierto(a) por ningún seguro de salud.		
Compañía de seguros	Identificación de Medicaid del niño/niña	Identificación de miembro del niño/niña
Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento del titular de la póliza	

Información médica	
¿Alguno de los siguientes aplican a su hijo?	
Si su respuesta es sí a cualquiera de estas preguntas su hijo/hija no será vacunado(a) y usted necesitará ver a su profesional médico.	
¿Su hijo/hija es alérgico(a) a algún componente de la vacuna o al látex?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido su hijo/hija una reacción grave a una vacuna en el pasado como el síndrome de Guillain-Barré?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido su hijo/hija problemas cerebrales u otros problemas del sistema nervioso como encefalopatía?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Si tiene preguntas sobre su salud, comuníquese con el pediatra de su hijo o llame a Healthy Schools LLC al 1-800-566-0596 para hablar con una enfermera.

He recibido, leído y entiendo la Declaración de Información sobre la Vacuna de la CDC para la vacuna de Vacunación meningocócica ACWY (MCV4). He leído estos documentos y entiendo el riesgo y los beneficios de la vacuna. Doy permiso a "Healthy Schools" y a sus administradores para que le den a mi hijo/a la vacuna en mi ausencia, para que se comunique con otros proveedores de atención médica, según sea necesario, y para el registro, facturación y almacenamiento de datos de acuerdo con las políticas Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas. Por la presente, libero a "Healthy Schools" de cualquier responsabilidad relacionada con la administración y los posibles efectos secundarios de la vacuna. Entiendo que mi hijo/a y "Healthy Schools" crearán una relación proveedor-paciente. Al proporcionar mi teléfono celular, entiendo que es posible que se comuniquen conmigo a ese número, incluyendo mensajes de texto, con información sobre los servicios de "Healthy Schools".

Al firmar a continuación, usted, el padre o tutor, da su consentimiento para proporcionar a su hijo/hija mencionado anteriormente la Vacunación meningocócica ACWY (MCV4).

Nombre impreso del padre / tutor

Firma del padre/tutor

Fecha

El Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas alienta su participación voluntaria en el registro de vacunación de Texas. Consentimiento para el registro de niños y liberación de registros de inmunización a entidades autorizadas. Entiendo que, al otorgar el consentimiento a continuación, autorizo la divulgación de la información de vacunación del niño a la DSHS y también entiendo que la DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac2"). Una vez en ImmTrac2, la ley puede acceder a la información de inmunización del niño de la siguiente manera:

- un distrito de salud pública o departamento de salud local, para fines de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción;
- un médico u otro proveedor de atención médica legalmente autorizado para administrar vacunas, para tratar al niño como paciente;
- una agencia estatal que tiene la custodia legal del niño;
- una escuela de Texas o un centro de cuidado infantil en el que el niño está inscrito;
- un pagador, actualmente autorizado por el Departamento de Seguros de Texas para operar en Texas, con respecto a la cobertura para el niño.

Entiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre mi hijo en el Registro ImmTrac2 y mi consentimiento para divulgar información del Registro en cualquier momento mediante comunicación por escrito al Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas, ImmTrac2 Group - MC 1946, apartado postal 149347, Austin, Texas 78714-9347.

Sí No Deseo INCLUIR la información de mi hijo en el registro de vacunación de Texas.

AREA FOR OFFICIAL USE ONLY FOR ADMINISTRATION	
<input type="checkbox"/> This child does not have a moderate or severe acute illness with or without fever on the day of vaccination	
VIS CDC 0.5mL IM MCV4	
LOT Number:	LUA / RUA
RN #	Date

DECLARACIÓN INFORMATIVA SOBRE VACUNAS

Vacuna antimeningocócica ACWY: lo que necesita saber

Many Vaccine Information Statements are available in Spanish and other languages. See www.imz.org/vis. Hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunization.org/vis

1 ¿Por qué es necesario vacunarse?

La enfermedad meningocócica es una enfermedad seria, causada por un tipo de bacteria denominada *Neisseria meningitidis*. Puede producir meningitis (infección del revestimiento del cerebro y la médula espinal) e infecciones de la sangre. Es frecuente que la enfermedad meningocócica ocurra sin advertencia, incluso en personas por lo demás sanas. La enfermedad meningocócica se puede diseminar de una persona a otra por contacto cercano (tos o besos) o contacto prolongado, especialmente entre personas que viven en una misma casa.

Existen al menos 12 tipos de *N. meningitidis*, llamados "serogrupos". Los serogrupos A, B, C, W e Y causan la mayor parte de los casos de enfermedad meningocócica.

Aunque cualquier persona puede contraer la enfermedad meningocócica, algunas personas están en mayor riesgo, lo que incluye:

- Bebés menores de 1 año de edad
- Adolescentes y adultos jóvenes de 16 a 23 años de edad
- Personas con ciertos trastornos médicos que afectan el sistema inmunitario
- Microbiólogos que trabajan rutinariamente con aislados de *N. meningitidis*
- Personas en riesgo a causa de un brote en su comunidad

Incluso cuando se trata, la enfermedad meningocócica causa la muerte de 10 a 15 de cada 100 personas infectadas. Además, entre quienes sobreviven, aproximadamente 10 a 20 de cada 100 personas quedan con discapacidades, como pérdida de la audición, daño cerebral, daño renal, amputaciones, problemas del sistema nervioso o cicatrices muy evidentes por injertos de piel.

La vacuna antimeningocócica ACWY ayuda a prevenir la enfermedad meningocócica que causan los serogrupos A, C, W e Y. Está disponible otra vacuna antimeningocócica como ayuda para la protección contra el serogrupo B.

2 Vacuna antimeningocócica ACWY

La vacuna antimeningocócica conjugada (MenACWY) cuenta con licencia de la Food and Drug Administration, FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos) para la protección contra los serogrupos A, C, W e Y.

Se recomienda la administración rutinaria de dos dosis de MenACWY a adolescentes de 11 a 18 años de edad: la primera dosis a los 11 o 12 años con una dosis de refuerzo a los 16 años. Algunos adolescentes, incluidos los que tienen VIH, deben recibir dosis adicionales. Pregunte a su proveedor de cuidados de la salud para obtener más información.

Además de la vacunación rutinaria de adolescentes, la vacuna MenACWY también se recomienda a ciertos grupos de personas:

- Personas en riesgo a causa de un brote de enfermedad meningocócica de un serogrupo A, C, W o Y
 - Personas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
 - Personas cuyo brazo sufrió daños o fue extirpado, incluidas las personas con enfermedad drepanocítica
 - Todas las personas con un trastorno poco frecuente del sistema inmunitario, denominado "deficiencia persistente de componentes del complemento"
 - Todas las personas que toman un medicamento llamado ecilizumab (Soliris®)
 - Microbiólogos que trabajan rutinariamente con aislados de *N. meningitidis*
 - Toda persona que viaje o viva en una parte del mundo donde la enfermedad meningocócica sea frecuente, como en algunas partes de África
 - Estudiantes de primer año de universidad que viven en dormitorios universitarios
 - Reclutas militares de EE. UU.
- Algunas personas necesitan varias dosis para su protección adecuada. Pregunte a su proveedor de cuidados de la salud sobre la cantidad y frecuencia de dosis, y la necesidad de dosis de refuerzo.

3 Algunas personas no deben recibir esta vacuna

Informe a la persona que le administra la vacuna si tiene **alergias severas, potencialmente mortales**. No debe recibir la vacuna si ha tenido una reacción alérgica potencialmente mortal después de una dosis de la vacuna antimeningocócica ACWY o si tiene una alergia severa a cualquier componente de esta vacuna. Su proveedor puede informarle sobre los ingredientes de la vacuna.

No se tiene mucha información acerca de los posibles riesgos de esta vacuna en mujeres embarazadas o que amamantan. Sin embargo, el embarazo o amamantamiento no son razones para evitar la vacuna MenACWY. Las mujeres embarazadas o que amamantan deben ser vacunadas si están en riesgo incrementado de enfermedad meningocócica.

Si tiene una enfermedad leve, como un resfriado, es probable que pueda recibir la vacuna hoy mismo. Si tiene una enfermedad moderada o grave, probablemente deba esperar hasta que se recupere. Su médico puede orientarlo al respecto.

4 Riesgos de una reacción a la vacuna

Con cualquier medicamento, incluidas las vacunas, hay probabilidades de que se produzcan efectos secundarios. Generalmente, estos son leves y desaparecen por sí solos en unos pocos días, pero también es posible que se produzcan reacciones graves.

Casi la mitad de las personas que reciben la vacuna antimeningocócica ACWY experimentan **problemas leves** después de la vacunación, como enrojecimiento o dolor muscular en el sitio de la inyección. Si estos problemas ocurren, es usual que duren 1 o 2 días.

Un pequeño porcentaje de las personas que reciben la vacuna experimenta dolor en músculos o articulaciones.

Problemas que podrían ocurrir después de cualquier vacuna inyectada:

- En algunos casos, las personas se desmayan después de un procedimiento médico, incluida la vacunación. Sentarse o acostarse durante aproximadamente 15 minutos ayuda a prevenir los desmayos y las lesiones causadas por una caída. Informe al médico si se tiene mareo o aturdimiento, o si tiene cambios en la visión.
- Algunas personas sienten un dolor severo en el hombro y tienen dificultad para mover el brazo donde se aplicó la inyección. Esto ocurre con muy poca frecuencia.
- Cualquier medicamento puede provocar una reacción alérgica severa. Tales reacciones a una vacuna son muy poco frecuentes; se estima que se presentan aproximadamente en 1 de cada millón de dosis y se producen de minutos a horas después de la vacunación.

Al igual que con cualquier medicina, hay una probabilidad muy remota de que una vacuna cause una lesión grave o la muerte. La seguridad de las vacunas se monitorea constantemente. Para obtener más información, visite: www.cdc.gov/vaccinesafety/ Translation provided by the Immunization Action Coalition

5 ¿Qué hago si ocurre una reacción grave?

¿A qué debo prestar atención?

- Debe prestar atención a todo lo que le preocupe, como signos de una reacción alérgica grave, fiebre muy alta o comportamiento inusual.

Los signos de una reacción alérgica severa pueden incluir ronchas, hinchazón de la cara y la garganta, dificultad para respirar, pulso acelerado, mareos y debilidad, usualmente en minutos a horas después de recibir la vacunación.

¿Qué debo hacer?

- Si cree que se trata de una reacción alérgica severa u otra emergencia que no puede esperar, llame al 911 y diríjase al hospital más cercano. De lo contrario, llame a su médico.

Luego, debe informar sobre la reacción al Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS (Sistema de informes de eventos adversos derivados de vacunas). Su médico debe presentar este reporte, o puede hacerlo usted mismo a través del sitio web del VAERS en www.vaers.hhs.gov o llamando al 1-800-822-7967.

El VAERS no brinda asesoramiento 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 personas que consideran que pueden haber tenido lesiones ocasionadas por una vacuna pueden informarse sobre el programa y sobre cómo presentar una reclamación llamando al 1-800-338-2382 o visitando el sitio web del VICP en: www.hrsa.gov/vaccinecompensation. Hay un plazo límite para presentar una reclamación de compensación.

7 ¿Dónde puedo obtener más información?

- Consulte a su proveedor de atención médica. El médico puede darle el folleto informativo de la vacuna o sugerirle otras fuentes de información.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Comuníquese con los Centers for Disease Control and Prevention, CDC (Centros para 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

Vaccine Information Statement (Interim)

Meningococcal ACWY Vaccines

Spanish



01/18 USE ONLY

