

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 Tetanus, Diphtheria, Pertussis-Tdap. 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 con Tdap (tétanos, difteria, tos ferina).

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 Tdap	
LOT Number:	LUA / RUA
RN #	Date

HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE VACUNAS

Vacuna Tdap

Lo que necesita saber

(Tétanos, difteria y tos ferina)

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

1 ¿Por qué es necesario vacunarse?

El **tétanos**, la **difteria** y la **tos ferina** son enfermedades muy graves. La vacuna Tdap puede protegerlos contra estas enfermedades. Además, si se administra la vacuna Tdap a las mujeres embarazadas, puede proteger a los bebés recién nacidos contra la tos ferina.

El **TÉTANOS** (trismo) es poco frecuente en los Estados Unidos actualmente. Este causa tensión y rigidez dolorosas en los músculos, en general, de todo el cuerpo.

- Puede ocasionar rigidez en los músculos de la cabeza y el cuello, lo que impide abrir la boca, tragar o en ocasiones, incluso respirar. El tétanos provoca la muerte de cerca de 1 de cada 10 personas infectadas, incluso después de recibir la mejor atención médica.

La **DIFTERIA** también es poco frecuente en los Estados Unidos actualmente. Esta puede ocasionar que se forme una capa gruesa en la parte posterior de la garganta, insuficiencia cardíaca, parálisis y muerte.

- La **TOS FERINA** (tos convulsiva) causa accesos de tos severos que pueden producir dificultad para respirar, vómitos y alteraciones del sueño.
- También puede provocar pérdida de peso, incontinencia y fracturas en las costillas. Hasta 2 de cada 100 adolescentes y 5 de cada 100 adultos con tos ferina son hospitalizados o tienen complicaciones, que pueden incluir neumonía o la muerte.

Estas enfermedades son ocasionadas por bacterias. La difteria y la tos ferina se contagian de persona a persona por medio de secreciones de la tos o los estornudos. El tétanos entra al cuerpo a través de cortes, raspones o heridas.

Antes de que las vacunas existieran, cada año se reportaban hasta 200,000 casos de difteria, 200,000 casos de tos ferina y centenares de casos de tétanos en los Estados Unidos. Desde que comenzó la vacunación, los reportes de casos de tétanos y difteria han disminuido en cerca de un 99 %. Y los reportes de casos de tos ferina, aproximadamente en un 80 %.

2 Vacuna Tdap

La vacuna Tdap puede proteger a los adolescentes y a los adultos contra el tétanos, la difteria y la tos ferina. Una dosis de Tdap se administra de forma rutinaria a los 11 o 12 años. Las personas que *no* recibieron la vacuna Tdap a esa edad deben recibirla tan pronto como sea posible.

La vacuna Tdap es especialmente importante para los profesionales de atención médica y para todas las personas que estén en contacto cercano con un bebé de menos de 12 meses de edad.

Las mujeres embarazadas deben recibir una dosis de Tdap durante **cada embarazo** para proteger al recién nacido contra la tos ferina. Los lactantes tienen el mayor riesgo de

Tdap VIS – Spanish (2.24.2015)

Problemas leves después de la aplicación de Tdap: *(No interfieren en las actividades)*

- Dolor en el lugar donde se aplicó la inyección (aproximadamente 3 de cada 4 adolescentes o 2 de cada 3 adultos).
- Enrojecimiento o hinchazón en el lugar donde se aplicó la inyección (aproximadamente 1 de cada 5 personas).
- Fiebre leve de por lo menos 100.4 °F (hasta aproximadamente 1 de cada 25 adolescentes o 1 de cada 100 adultos).
- Dolor de cabeza (aproximadamente 3 o 4 de cada 10 personas).
- Cansancio (aproximadamente 1 de cada 3 o 4 personas).
- Náuseas, vómitos, diarrea, dolor de estómago (hasta 1 de cada 4 adolescentes o 1 de cada 10 adultos).
- Escalofríos, dolor en las articulaciones (aproximadamente 1 de cada 10 personas).
- Dolores corporales (aproximadamente 1 de cada 3 o 4 personas).
- Erupción, hinchazón de los ganglios (poco frecuente).

La vacuna Tdap puede administrarse de forma segura al mismo tiempo que otras vacunas.

3 Algunas personas no deben recibir esta vacuna

- Las personas que hayan tenido alguna vez una reacción alérgica que represente un riesgo para la vida después de haber recibido una dosis previa de alguna vacuna contra la difteria, el tétanos o la tos ferina O que tengan alergia severa a cualquier parte de esta vacuna no deben recibir la vacuna Tdap. Informe a la persona que aplica la vacuna acerca de cualquier alergia severa.
- Las personas que hayan estado en coma o que hayan tenido convulsiones largas y repetidas en el término de 7 días después de haber recibido una dosis infantil de Difteria, tétanos y tos ferina (Diphtheria, Tetanus and Pertussis, DTP) o de DTap (versión posterior de la DTP), o una dosis previa de Tdap, no deben recibir la vacuna Tdap, a menos que se haya encontrado una causa ajena a la vacuna. De todos modos, pueden aplicarse la vacuna Td.
- Habble con su médico si usted:
 - tiene convulsiones u otro problema del sistema nervioso;
 - tuvo dolor o hinchazón severos después de recibir alguna vacuna que contenía difteria, tétanos o tos ferina;
 - alguna vez tuvo una afección denominada síndrome de Guillain-Barre (Guillain-Barre Syndrome, GBS), -no se siente bien el día en que está programada la aplicación de la inyección.

4 Riesgos

Con cualquier medicamento, incluidas las vacunas, hay posibilidades de que se produzcan efectos secundarios. Generalmente, estos son leves y desaparecen por sí solos. Las reacciones graves también son posibles, pero son poco frecuentes. La mayoría de las personas que reciben la vacuna Tdap no tienen ningún problema con ella.



Problemas moderados después de la aplicación de la vacuna Tdap: *(interfieren en las actividades, pero no se requirió atención médica)*

- Dolor en el lugar donde se aplicó la inyección (hasta 1 de cada 5 o 6 personas).
- Enrojecimiento o hinchazón en el lugar donde se aplicó la inyección (hasta aproximadamente 1 de cada 16 adolescentes o 1 de cada 12 adultos).
- Fiebre de más de 102 °F (aproximadamente 1 de cada 100 adolescentes o 1 de cada 250 adultos).
- Dolor de cabeza (aproximadamente 1 de cada 7 adolescentes o 1 de cada 10 adultos).
- Náuseas, vómitos, diarrea, dolor de estómago (hasta 1 o 3 de cada 100 personas).
- Hinchazón de todo el brazo en el lugar donde se aplicó la inyección (hasta aproximadamente, 1 de cada 500 personas).

Problemas severos después de la aplicación de la vacuna Tdap: *(imposibilidad para realizar actividades habituales; se requirió atención médica)*

- Hinchazón, dolor severo, sangrado y enrojecimiento del brazo en el lugar donde se aplicó la inyección (poco frecuente).
- **Problemas que pueden producirse después de la aplicación de cualquier vacuna:**
 - En algunos casos, las personas se desmayan después de un procedimiento médico, incluida la vacunación. Sentarse o acostarse durante cerca de 15 minutos puede ayudar a prevenir los desmayos y las lesiones por una caída. Informe a su médico si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.
 - Algunas personas sienten un dolor severo en el hombro y tienen dificultad para mover el brazo en el cual 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 en menos de 1 de cada millón de dosis y se producen desde algunos minutos hasta algunas horas después de la vacunación. Al igual que con cualquier medicamento, 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 hay un problema grave?

¿A qué debo prestar atención?
• Debe prestar atención a todo lo que le preocupe, como signos de una reacción alérgica severa, fiebre muy alta o un comportamiento inusual.

• Los signos de una reacción alérgica severa pueden incluir hinchazón de la cara y la garganta, dificultad para respirar, pulso acelerado, mareos y debilidad. Por lo general, estos podrían comenzar entre algunos minutos y algunas horas después de la vacunación.

¿Qué debo hacer?

• Si cree que se trata de una reacción alérgica severa u otra emergencia que no puede esperar, llame al 9-1-1 o lleve a la persona al hospital más cercano. De lo contrario, llame a su médico.

• Luego, la reacción se debe reportar al Sistema de reporte de eventos adversos derivados de las vacunas (Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS). Su médico puede 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 proporciona asesoramiento médico.

6 Programa Nacional de Compensación por Lesiones Ocasionadas por Vacunas

El Programa Nacional de Compensación por Lesiones Ocasionadas por Vacunas (Vaccine Injury Compensation Program, VICP) es un programa federal que se creó para compensar a las personas que pueden haber tenido lesiones ocasionadas por determinadas 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 para presentar una reclamación de compensación.

7 ¿Dónde puedo obtener más información?

- Pregúntele a su médico. 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 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 CDC en www.cdc.gov/vaccines

Vaccine Information Statement
Tdap Vaccine

2/24/2015

Spanish

42 U.S.C. § 300a-26

