



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITAS MÉDICAS DE 15 HASTA 17 AÑOS PARA PADRES

Para brindarle a usted y a su hijo la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo están. Responda todas las preguntas. Muchas gracias.

¿SOBRE QUÉ QUIERE HABLAR HOY?

¿Tiene alguna inquietud, pregunta o problema sobre el que quiera hablar hoy? No Sí, describa:

HÁBLENOS DE SU HIJO ADOLESCENTE.

¿Qué es lo que más le entusiasma o encanta de su hijo adolescente?

¿Su hijo adolescente tiene alguna necesidad especial? No Sí, describa:

¿Hubo algún cambio importante reciente en la vida de su hijo adolescente o en la de su familia? No Sí, describa:

¿Algún familiar de su hijo adolescente tuvo algún problema médico nuevo desde su última visita? No Sí
 No estoy seguro/a Si la respuesta es sí o no estoy seguro/a, describa:

¿Su hijo adolescente vive con alguien que fuma o pasa tiempo en lugares donde se fuma o se consumen cigarrillos electrónicos?
 No Sí **No estoy seguro/a**

EL CRECIMIENTO Y EL DESARROLLO DE SU HIJO ADOLESCENTE

Marque todos los elementos que usted siente que son verdaderos para su hijo adolescente.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mi hijo adolescente hace cosas que la ayudan a llevar un estilo de vida saludable, como comer alimentos saludables, estar físicamente activa y mantenerse segura. | <input type="checkbox"/> Mi hijo adolescente ayuda a otros por sí mismo o trabajando con un grupo en la escuela, una organización basada en la fe o la comunidad. |
| <input type="checkbox"/> Mi hijo adolescente tiene, por lo menos, un adulto en su vida que se preocupa por él y sabe que puede acudir si necesita ayuda. | <input type="checkbox"/> Mi hijo adolescente es capaz de recuperarse cuando las cosas no salen como ella quiere. |
| <input type="checkbox"/> Mi hijo adolescente tiene, al menos, un amigo o un grupo de amigos con los que se siente cómoda. | <input type="checkbox"/> Mi hijo adolescente se siente esperanzado y seguro de sí mismo. |
| | <input type="checkbox"/> Mi hijo adolescente se está volviendo más independiente y está tomando más decisiones por su cuenta a medida que crece. |

VISITAS MÉDICAS DE 15 HASTA 17 AÑOS PARA PADRES

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Anemia	¿La dieta de su hijo adolescente incluye alimentos ricos en hierro, como carne, cereales fortificados con hierro o frijoles?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Le han diagnosticado a su hijo adolescente alguna vez anemia ferropénica?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su familia alguna vez se esfuerza por poner comida en la mesa?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	Si tiene una hija adolescente, ¿tiene sangrado menstrual excesivo u otra pérdida de sangre?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	Si tiene una hija adolescente, ¿su periodo menstrual dura más de 5 días?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Dislipidemia	¿Su hijo adolescente tiene padres, abuelos, tías o tíos que hayan tenido un derrame cerebral o un problema cardíaco antes de los 55 años (hombres) o 65 años (mujeres)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su hijo adolescente tiene un padre con un nivel elevado de colesterol en la sangre (240 mg/dL o más) o que está tomando medicamentos para el colesterol?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Audición	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo escucha su hijo adolescente?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Salud bucal	¿La fuente de agua principal de su hijo adolescente contiene fluoruro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Infecciones de transmisión sexual/VIH	Los adolescentes sexualmente activos corren el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. Los adolescentes que usan drogas inyectables están en riesgo de contraer el VIH. ¿Le preocupa que su hijo adolescente pueda estar en riesgo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Tuberculosis	¿Su hijo adolescente está infectado con VIH?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su hijo adolescente o algún miembro de su familia nació o viajó a algún país donde es común la tuberculosis (esto incluye países en África, Asia, América Latina y Europa del Este)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Estuvo su hijo adolescente en contacto con alguna persona que tiene la enfermedad de tuberculosis o que le haya dado positivo la prueba de tuberculosis?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Visión	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su hijo adolescente?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su hijo adolescente tiene problemas con la visión de cerca o de lejos?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su hijo adolescente ha reprobado alguna vez un examen de la vista en la escuela?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su hijo adolescente tiende a entrecerrar los ojos?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

¿Cómo está usted, su hijo adolescente y su familia?

LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA

Violencia interpersonal (peleas e intimidación)				
¿Hay informes frecuentes de violencia en su comunidad o escuela?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí	
¿Está su hijo adolescente involucrado en esa violencia?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí	
¿Su hijo adolescente ha sido amenazado alguna vez con daño físico o ha sido herido en una pelea?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí	
¿Su hijo adolescente ha intimidado a otros?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí	
¿Su hijo adolescente ha sido suspendido de la escuela por pelear, intimidar o portar un arma?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí	
¿Conoce a los amigos de su hijo y las actividades en las que participan o a las que asisten?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No	
Si su hijo adolescente está en una relación, ¿es respetuosa?	<input type="radio"/> N/C	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Su hija adolescente le informaría si alguien la presionara o la forzara a tener relaciones sexuales?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No	

VISITAS MÉDICAS DE 15 HASTA 17 AÑOS PARA PADRES

LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA (CONTINUACIÓN)

Condición de vida y seguridad alimenticia			
¿Le preocupa su situación de vivienda?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
En los últimos 12 meses, ¿le preocupaba que se le acabaran los alimentos antes de tener dinero para comprar más?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
En los últimos 12 meses, ¿no le fue suficiente el alimento que compró y no tuvo dinero para obtener más?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Alcohol y drogas			
¿Hay alguien en la vida de su hijo adolescente sobre el que le preocupa el uso de alcohol o drogas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Relación con la familia y los compañeros			
¿Los miembros de la familia se llevan bien entre ellos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Su familia hace actividades junta?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Su hijo adolescente tiene tareas o responsabilidades en casa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Establece reglas y expectativas claras para su hijo adolescente?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Relación con la comunidad			
¿Tiene su hijo adolescente intereses fuera de la escuela?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Hay cosas que su hijo adolescente hace y de las que usted está orgulloso?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Desempeño escolar			
¿Su hijo adolescente llega a la escuela a tiempo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Su hijo adolescente asiste a la escuela casi todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Reconoce los éxitos de su hijo adolescente y apoya sus esfuerzos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Su hijo adolescente tiene planes para después de la escuela secundaria?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Cómo sobrellevar el estrés y la toma de decisiones			
¿Ha hablado con su hijo adolescente sobre las maneras de lidiar con el estrés?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Ayuda a su hijo adolescente a tomar decisiones y resolver problemas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No

EL CRECIMIENTO Y LOS CAMBIOS DE SU HIJO ADOLESCENTE

Dientes saludables			
¿Su hijo adolescente ve al dentista regularmente?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene problemas para obtener cuidado dental?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Imagen corporal			
¿Tiene alguna preocupación sobre el peso, los hábitos alimenticios o la actividad física de su hijo adolescente?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Su hijo adolescente habla sobre engordar o hacer dieta para bajar de peso?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Alimentación saludable			
¿Cree usted que su hijo adolescente come alimentos saludables?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene alguna dificultad para obtener alimentos saludables para su familia?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Comen juntos en familia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Actividad física y sueño			
¿Está su hijo adolescente físicamente activo por lo menos 1 hora al día? Esto incluye correr, practicar deportes o hacer actividades físicas con amigos.	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Existen oportunidades para ejercitarse de manera segura al aire libre en su vecindario?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Usted y su hijo adolescente participan juntos en actividades físicas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Cuánto tiempo su hijo adolescente pasa al frente de la pantalla de forma recreativa cada día?	_____ horas		
¿Su hijo adolescente tiene un televisor, una computadora, una tableta o un smartphone en su habitación?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Su familia ha hecho un plan de uso de los medios de comunicación para ayudar a todos a equilibrar el tiempo dedicado a los medios con otras actividades familiares y personales?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No

VISITAS MÉDICAS DE 15 HASTA 17 AÑOS PARA PADRES

EL CRECIMIENTO Y LOS CAMBIOS DE SU HIJO ADOLESCENTE (CONTINUACIÓN)

Actividad física y sueño (continuación)			
¿Su hijo adolescente tiene una hora regular para acostarse?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Cree usted que su hijo adolescente duerme lo suficiente?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No

EL BIENESTAR EMOCIONAL DE SU HIJO ADOLESCENTE

Estado de ánimo y salud mental			
¿Ha notado algún cambio en el peso, los hábitos de sueño o los comportamientos de su hijo adolescente?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Está su hijo adolescente frecuentemente irritable?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Tiene alguna preocupación sobre la salud emocional de su hijo adolescente, como estar frecuentemente triste o deprimido?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Su hijo adolescente se preocupa demasiado o parece demasiado ansioso?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Sexualidad			
¿Ha hablado con su hijo adolescente sobre relaciones, citas y sexo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Ha hablado con su hijo sobre su sexualidad?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tienes reglas de la casa sobre restricciones para salir, fiestas, citas y amigos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Sabe dónde están los amigos de su hijo adolescente y qué están haciendo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No

ELEGIR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES

Actividad sexual			
¿Está preocupado por las presiones sexuales de su hijo adolescente?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Uso de sustancias			
¿Ha hablado con su hijo adolescente sobre el uso del alcohol y las drogas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Hasta donde usted sabe, ¿su hijo adolescente consume actualmente alcohol o drogas, o las ha usado en el pasado?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Ha discutido las consecuencias si descubre que su hijo adolescente está consumiendo tabaco, alcohol o drogas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Trauma acústico			
¿Su hijo adolescente escucha a menudo música alta?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí

SEGURIDAD

Uso del cinturón de seguridad y del casco			
¿Su hijo adolescente siempre usa cinturón de seguridad de regazo y hombre y un casco para bicicleta?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene reglas o restricciones para conducir?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Protección solar			
¿Su hijo adolescente usa protector solar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Seguridad de las armas			
¿Hay un arma en su casa o en las casas donde pasa tiempo su hijo adolescente?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Si es así, ¿el arma está descargada y guardada bajo llave?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
En caso afirmativo, ¿las municiones se almacenan y guardan bajo llave por separado del arma?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Ha hablado con su hijo adolescente sobre la seguridad de las armas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No

De acuerdo con *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents, 4th Edition*

Para obtener más información, diríjase a <https://brightfutures.aap.org>.

La información incluida en este cuestionario no debería reemplazar la atención médica ni el consejo de su pediatra. Puede haber variaciones en el tratamiento recomendado por el pediatra de acuerdo con hechos o circunstancias particulares. Cuestionario original incluido como parte de *Bright Futures Tool and Resource Kit, 2nd Edition*.

La American Academy of Pediatrics (AAP) no revisa ni respalda ninguna modificación realizada en este cuestionario y en ningún caso será la AAP responsable de dichos cambios.

Translation of *Bright Futures Previsit Questionnaire: 15 Through 17 Year Visits (For Parents)*

© 2019 American Academy of Pediatrics. Todos los derechos reservados.

American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®



American Academy of Pediatrics



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITAS MÉDICAS DE 15 HASTA 17 AÑOS PARA PACIENTES

Para brindarle la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo están. Nuestras conversaciones con usted son privadas. Esperamos que se sienta libre de hablar abiertamente con nosotros sobre usted y su salud. La información no se comparte con otras personas sin su permiso a menos que nos preocupe que alguien esté en peligro. **La evaluación de la depresión y la evaluación del consumo de tabaco, alcohol o drogas también son parte de esta visita.** Gracias por su tiempo.

¿SOBRE QUÉ QUIERE HABLAR HOY?

¿Tiene alguna inquietud, pregunta o problema sobre el que quiera hablar hoy? No Sí, describa:

CUÉNTENOS ACERCA DE USTED.

¿Qué es lo que más lo enorgullece de usted?

¿Tiene alguna necesidad especial de atención médica? No Sí, describa:

¿Hubo algún cambio importante reciente en la vida de su familia? No Sí, describa:

¿Algún familiar tuvo algún problema médico nuevo desde su última visita? No Sí No estoy seguro/a Si la respuesta es sí o no estoy seguro/a, describa:

¿Vive con alguien que fuma o pasa tiempo en lugares donde se fuma o se consumen cigarrillos electrónicos? No Sí No estoy seguro/a

CRECER Y DESARROLLARSE

Marque todos los elementos que usted siente que son verdaderos para usted.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hago cosas que me ayudan a llevar un estilo de vida saludable, como comer alimentos saludables, estar físicamente activo y mantenerme seguro. | <input type="checkbox"/> Ayudo a otros. |
| <input type="checkbox"/> Tengo por lo menos un adulto en mi vida a quien sé que puedo acudir si necesito ayuda. | <input type="checkbox"/> Soy capaz de recuperarme cuando la vida no me acompaña. |
| <input type="checkbox"/> Tengo un amigo o un grupo de amigos con los que me siento cómodo de estar. | <input type="checkbox"/> Me siento esperanzado y confiado. |
| | <input type="checkbox"/> Me estoy volviendo más independiente y tomo más de mis propias decisiones. |

VISITAS MÉDICAS DE 15 HASTA 17 AÑOS PARA PACIENTES

EVALUACIÓN DE RIESGOS				
Anemia	¿Su dieta incluye alimentos ricos en hierro, como carne, cereales fortificados con hierro o frijoles?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Come una dieta vegetariana (no come carne roja, pollo, pescado o mariscos)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No estoy seguro/a
	Si usted es vegetariano (no come carne roja, pollo, pescado o mariscos), ¿toma un suplemento de hierro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Alguna vez le han diagnosticado anemia ferropénica?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su familia alguna vez se esfuerza por poner comida en la mesa?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No estoy seguro/a
	Para las mujeres: ¿Tiene sangrado menstrual excesivo u otra pérdida de sangre?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No estoy seguro/a
	Para las mujeres: ¿Su período dura más de 5 días?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No estoy seguro/a
Dislipidemia	¿Tiene padres, abuelos, tías o tíos que hayan tenido un derrame cerebral o un problema cardíaco antes de los 55 años (hombres) o 65 años (mujeres)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Tiene usted un padre con un nivel elevado de colesterol en la sangre (240 mg/dL o más) o que está tomando medicamentos para el colesterol?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Fuma cigarrillos o usa cigarrillos electrónicos?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No estoy seguro/a
Salud bucal	¿Su fuente primaria de agua contiene fluoruro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> No estoy seguro/a
Infecciones de transmisión sexual/VIH	¿Ha tenido alguna vez relaciones sexuales, incluidas las relaciones sexuales o el sexo oral? EN CASO NEGATIVO, PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN (VIH).	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Tiene sexo sin protección?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Tiene relaciones sexuales con múltiples parejas o con parejas anónimas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Es usted o alguna de sus parejas sexuales anteriores o actuales bisexual?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Alguna vez ha sido tratado por una infección de transmisión sexual?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Alguna de sus parejas sexuales anteriores o actuales está infectada con el VIH o ha consumido drogas inyectables?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Intercambia sexo por dinero o drogas o tienes parejas sexuales que lo hacen?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No estoy seguro/a
	Para los hombres: ¿Alguna vez ha tenido sexo con otros hombres?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No estoy seguro/a
VIH	¿Usa o ha usado drogas inyectables?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No estoy seguro/a
Tuberculosis	¿Está usted infectado con el VIH?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Usted o algún miembro de su familia nació o viajó a algún país donde es común la tuberculosis (esto incluye países en África, Asia, América Latina y Europa del Este)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Estuvo usted en contacto con alguna persona que tiene la enfermedad de tuberculosis o que le haya dado positivo la prueba de tuberculosis?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No estoy seguro/a
Visión	¿Le preocupa su visión?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿No ha pasado alguna vez un examen de la vista en la escuela?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Tiene problemas con la visión de cerca o de lejos?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Tiende a entrecerrar los ojos?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No estoy seguro/a

VISITAS MÉDICAS DE 15 HASTA 17 AÑOS PARA PACIENTES

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

¿Cómo van las cosas para usted y su familia?

CÓMO LE ESTÁ YENDO

Violencia interpersonal (peleas e intimidación)			
¿Se siente seguro en casa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Se siente seguro en la escuela y al ir y volver de la escuela?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Ha sido intimidado en persona, en Internet o a través de las redes sociales?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Tiene maneras que le ayuden a lidiar con el enojo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Ha estado involucrado en una pelea en los últimos 12 meses?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Alguna vez ha llevado un arma a la escuela?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Pertenece a una pandilla o conoces a alguien en una pandilla?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Alguna vez lo han tocado de una manera sexual que lo ha hecho sentir incómodo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Alguna vez ha sido forzado o presionado a hacer algo sexual que no quería hacer?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Alguna vez ha estado en una relación con alguien que lo amenazó o lastimó?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Seguridad alimentaria y situación de vida			
En los últimos 12 meses, ¿ha tenido problemas para tener suficiente comida o tiene preocupaciones de que podría no tener suficiente?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Alcohol y drogas			
¿Hay alguien en su vida a quien le preocupe el consumo de tabaco, alcohol o drogas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Relación con la familia y los compañeros			
¿Se lleva bien con su familia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Su familia hace actividades junta?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Sigue las reglas y límites de su familia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Se lleva bien con sus amigos y otros en la escuela?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Relación con la comunidad			
¿Tiene intereses fuera de la escuela?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Hace cosas en las que es bueno o de las que está orgulloso?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Desempeño escolar			
¿Ha faltado más de 2 días a la escuela en algún mes?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Le va bien en la escuela?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene algún problema en la escuela?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Tiene planes para lo que hará después de la escuela secundaria?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Cómo sobrellevar el estrés y la toma de decisiones			
¿Tiene maneras de lidiar con el estrés?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Se preocupa o se siente estresado la mayor parte del tiempo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí

SU VIDA DIARIA

Dientes saludables			
¿Se cepilla los dientes dos veces al día?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Usa hilo dental una vez al día?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Ve al dentista dos veces al año?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Mastica chicle o tabaco?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Si practica deportes de contacto, usa un protector bucal?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No

VISITAS MÉDICAS DE 15 HASTA 17 AÑOS PARA PACIENTES

SU VIDA DIARIA (CONTINUACIÓN)

Imagen corporal			
¿Tiene alguna preocupación acerca de su peso?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Actualmente está haciendo algo para tratar de aumentar o perder peso?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Alguna vez se han burlado de usted por su peso?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Alimentación saludable			
¿Tiene acceso a opciones de alimentos saludables?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Come frutas y verduras todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Consumo leche, yogur, queso u otros alimentos que contengan calcio todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Bebe jugo, gaseosas, bebidas para deportistas o bebidas energéticas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Alguna vez se saltea comidas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Come con su familia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Actividad física y sueño			
¿Está físicamente activo por lo menos 1 hora todos los días? Esto incluye correr, practicar deportes o hacer actividades físicas con amigos.	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Cuánto tiempo pasa todos los días viendo la televisión, jugando videojuegos o usando computadoras, tabletas o smartphones (sin contar las tareas escolares)?	_____ horas		
¿Duerme 8 o más horas cada noche?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene problemas para dormir por la noche o para despertarse por la mañana?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí

SU BIENESTAR EMOCIONAL

Estado de ánimo y salud mental			
¿Se hace daño a sí mismo, por ejemplo, al cortarse, golpearse o pellizcarse?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Sexualidad			
¿Ha hablado con sus padres sobre citas y sexo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene alguna pregunta sobre su identidad de género?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí

ELEGIR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES

Relaciones románticas y actividad sexual				
Si ha tenido relaciones románticas, ¿se ha sentido siempre seguro y respetado?	<input type="radio"/> N/C	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Alguna vez ha tenido sexo, incluidos sexo oral, vaginal o anal? <i>En caso negativo, pase a la siguiente sección.</i>	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí	
¿Está teniendo sexo, incluido sexo oral, con alguien?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí	
¿Ha tenido múltiples parejas en el último año?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí	
¿Usted y su pareja usan condones todas las veces?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No	
¿Utilizan usted y su pareja siempre otro método anticonceptivo junto con un condón?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No	
¿Conoce sobre la anticoncepción de emergencia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No	
Tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle				
¿Alguna vez ha fumado cigarrillos o usado cigarrillos electrónicos?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí	
¿Alguna vez ha bebido alcohol?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí	
¿Alguna vez ha consumido drogas (incluidos marihuana o drogas callejeras)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí	
¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición médica?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí	
Trauma acústico				
¿Utiliza tapones para los oídos o auriculares con cancelación de sonido para proteger su audición de ruidos fuertes o en conciertos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No	
¿Escucha a menudo música alta?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí	

VISITAS MÉDICAS DE 15 HASTA 17 AÑOS PARA PACIENTES

MANTENERSE SEGURO

Uso del cinturón de seguridad y del casco			
¿Siempre usa un cinturón de seguridad de regazo y hombros?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Siempre usa un casco para proteger su cabeza cuando anda en bicicleta o patinando?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Siempre usa un chaleco salvavidas cuando hace deportes acuáticos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Si ha empezado a conducir, ¿sigue las normas de seguridad para los jóvenes conductores?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene a alguien a quien pueda llamar para que lo lleve si se siente inseguro conduciendo o con quien viajar?	<input type="radio"/> N/C	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces
Protección solar			
¿Utiliza protector solar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Visita salones de bronceado?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Seguridad de las armas			
¿Alguna vez ha llevado un arma de fuego o un cuchillo (incluso para autoprotegerse)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Si hay un arma en su casa, ¿sabe dónde buscarla?	<input type="radio"/> N/C	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces

De acuerdo con *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*, 4th Edition

Para obtener más información, diríjase a <https://brightfutures.aap.org>.





NINO/NA

Nombre

Fecha de Nacimiento

PADRE/GUARDIAN

Nombre

Numero de telefono/celular

**Patient Eligibility Screening Record: Vaccines for Children Program/
 Paciente Elegibilidad Screening Registro: programa de Vacunas para Ninos**

Proveedor de: Clinica Pediatrica del Sur

Un archive debe guardarse en el consultori del profesional de la salud que refleja el estado de todos los ninos de 18 anos de eded o mas juvenes, quienes reciben inmunizaciones con vacunas suministradas por los programas estatales. La contancio de mi ser completado por el padre, tutor o el individuo del registro, o por el proveedor de atencion medica. El mismo registro puede ser utilizado para no ha cambiado todos las visitas subsiguientes s largos como condicion de elegibilidad del nino. Si bien no se requiere verificacion de las respuestas, es necesario mantener esta o un registro similar para vacuna (s) de recepcion nino.

Nota: Si usted no tiene seguro de salud o si su compania de seguros no cubre las vacunas, usted puede recibir una vacuna proporcionada por el Programa de Vacunas para Ninos. Un cargo de \$21.93 por disparo sera debitada en el momento del servicio. Solo los ninos de 18 anos o menores son elegibles para este programa.

Marque solo UN (1) caja. Mi hijo.....		
(A) Esta inscrito en Medicaid (PeachState, WellCare, AmeriGroup, CareSource or SSI Medicaid).	<input type="radio"/>	OR
(B) Es indio o de Alaska Native American.	<input type="radio"/>	OR
(C) no tiene seguro de salud	<input type="radio"/>	OR
(D) Tiene un seguro de sauld que no paga por las vacumas.	<input type="radio"/>	OR
(E) Esta inscrito en PeachCare (PeachCare aparecera como Proveedor de atencion administrada).	<input type="radio"/>	OR
(F) Tiene un serguero medico que paga por las vacumas	<input type="radio"/>	

Imprimir el Nombre

Firma del Padre/Madre

Fecha



Patient Name: _____ **Today's Date:** _____

Please answer the following questions by checking a box to the right of the question.

PRE-PARTICIPATION SCREENING

SÍ NO INSEGURO/A

¿Alguna vez te hace desmayado o casi desmayado durante o después del ejercicio? <i>Have you ever passed out or nearly passed out during or after exercise?</i>			
¿Alguna vez sentiste molestias, dolor, tensión o presión en el pecho durante el ejercicio? <i>Have you ever had discomfort, pain, tightness or pressure in your chest during exercise?</i>			
¿Tu corazón palpita rapido o salta latidos durante el ejercicio? <i>Does your heart ever race or skip beats during exercise?</i>			
¿Ha tenido alguna vez dificultad inusual o extrema para respirar durante el ejercicio? <i>Have you ever had unusual or extreme shortness of breath during exercise?</i>			
¿Alguna vez te sientes más cansado, mareado o con más dificultad para respirar más rápidamente que tus amigos durante el ejercicio? <i>Do you get more tired, lightheaded or feel more short of breath more quickly than your friends during exercise?</i>			
¿Alguna vez has tenido una convulsión inexplicable? <i>Have you ever had an unexplained seizure?</i>			
¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene algún problema del corazón (presión arterial alta, colesterol alto, un soplo cardiaco, una infección del corazón, enfermedad de Kawasaki, o de otro tipo)? <i>Has a doctor ever told you that you have any heart problems (high blood pressure, high cholesterol, a heart murmur, a heart infection, Kawasaki disease, or other)?</i>			
¿Alguna vez un médico ordenó una prueba para el corazón (ECG/EKG o ecocardiograma)? <i>Has a doctor ever ordered a test for your heart (ECG/EKG or echocardiogram)?</i>			

BULLYING

SÍ NO

¿Alguna vez hace sentido miedo de ir a la escuela? <i>Do you ever feel afraid to go to school?</i>		
¿Alguna vez hace sido intimidado en la escuela, en su vecindario, o en linea? <i>Have you ever been bullied at school, in your neighborhood, or online?</i>		
¿Alguna vez has visto a otros niños siendo intimidados? <i>Have you seen other kids being bullied?</i>		
¿Sabe donde o con quien puede ir cuando necesite ayuda? <i>Do you know who you can go to for help?</i>		

DECLARACIÓN INFORMATIVA SOBRE VACUNAS

Vacuna antimeningocócica ACWY: lo que necesita saber

Many Vaccine Information Statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

Hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.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 bazo 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 eculizumab (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 consideren 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



Office use only

8/24/2018 | 42 U.S.C. § 300aa-26

HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE VACUNAS

Vacuna antimeningocócica del serogrupo B (MenB): Lo que necesita saber

Many Vaccine Information Statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

Muchas de las hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y otros idiomas. Consulte www.immunize.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 ataque 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*, denominados “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.

Las vacunas antimeningocócicas del serogrupo B (MenB) pueden ayudar a prevenir la enfermedad meningocócica causada por el serogrupo B. Se recomiendan otras vacunas antimeningocócicas como ayuda para la protección contra los serogrupos A, C, W e Y.

2 Vacunas antimeningocócicas del serogrupo B

Food and Drug Administration (FDA) (Administración de Alimentos y Medicamentos) ha autorizado dos vacunas antimeningocócicas del serogrupo B: Bexsero® y Trumenba®.

Estas vacunas se recomiendan de manera rutinaria a personas de 10 años de edad o más que están en riesgo

incrementado de contraer infecciones por meningococos del serogrupo B, lo que incluye:

- Personas en riesgo a causa de un brote de enfermedad por meningococos del serogrupo B
- Todas las personas que tengan el bazo dañado o a quienes se les haya extirpado el bazo
- 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 denominado eculizumab (también denominado Soliris®)
- Microbiólogos que trabajan rutinariamente con aislados de *N. meningitidis*

Estas vacunas también se podrían administrar a cualquier persona de 16 a 23 años de edad para brindar protección a corto plazo contra la mayor parte de las cepas de la enfermedad por meningococos del serogrupo B; las edades preferidas de vacunación son de 16 a 18 años.

Para obtener la mejor protección, se necesita más de una dosis de la vacuna antimeningocócica del serogrupo B. Se debe usar la misma vacuna para todas las dosis. Pregunte a su proveedor de cuidados de la salud sobre la cantidad y frecuencia de la dosis.

3 Algunas personas no deben recibir estas vacunas

Informe a la persona que le aplica la vacuna:

- **Si tiene alguna alergia grave que pueda poner en riesgo su vida.**
Si alguna vez ha tenido una reacción alérgica que puso en riesgo su vida después de una dosis previa de la vacuna antimeningocócica del serogrupo B, o si tiene una alergia intensa a cualquier componente de esta vacuna, no debe recibir la vacuna. *Informe a su proveedor de cuidados de la salud si sabe que tiene alguna alergia grave, incluida una alergia grave al látex.* Él o ella puede informarle sobre los ingredientes de la vacuna.
- **Si está embarazada o amamantando.**
No se tiene mucha información acerca de los posibles riesgos de esta vacuna para mujeres embarazadas o madres que amamantan. Solo se debe usar durante el embarazo si hay una necesidad clara de hacerlo.

Si tiene una enfermedad leve, como un resaca, es probable que pueda recibir la vacuna hoy mismo. Si tiene una enfermedad moderada o grave, posiblemente deba esperar hasta recuperarse. Su médico puede aconsejarlo.



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

4**Riesgos de una reacción a la vacuna**

Con cualquier medicamento, incluidas las vacunas, existe la posibilidad de que ocurran reacciones. Generalmente, estos son leves y desaparecen por sí solos en unos pocos días, pero también es posible que se produzcan reacciones graves.

Más de la mitad de las personas que reciben la vacuna antimeningocócica del serogrupo B tienen **problemas leves** después de la vacunación. Estas reacciones, que pueden durar de 3 a 7 días, incluyen:

- Dolor, enrojecimiento o hinchazón en el lugar donde se aplicó la inyección
- Cansancio o fatiga
- Dolor de cabeza
- Dolor en músculos o articulaciones
- Fiebre o escalofríos
- Náusea o diarrea

Otros problemas que pueden producirse después de la aplicación de estas vacunas:

- 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 proveedor si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.
- Algunas personas sufren dolor en los hombros que puede ser más grave y duradero que el dolor más frecuente que sigue a la aplicación de la inyección. Esto ocurre con muy poca frecuencia.
- Cualquier medicamento puede provocar una reacción alérgica grave. 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 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/

5**¿Qué hago si ocurre una reacción seria?****¿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 grave** pueden incluir ronchas, hinchazón de la cara y garganta, dificultad para respirar, pulso acelerado, mareo y debilidad. Por lo general, estos podrían comenzar minutos a horas después de la vacunación.

¿Qué debo hacer?

- Si cree que se trata de una **reacción alérgica grave** u otra emergencia que no puede esperar, llame al 9-1-1 y diríjase al hospital más cercano. De lo contrario, llame a su clínica.

Luego, la reacción se debe reportar al Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS), (Sistema de reporte de eventos adversos derivados de las 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 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 pueden haber tenido lesiones causadas por ciertas vacunas.

Las personas que consideren 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?**

- Pregunte a su proveedor de cuidados de la salud. 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 el Control y la 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
Serogroup B Meningococcal Vaccine**

8/9/2016

Spanish

Office Use Only



42 U.S.C. § 300aa-26