



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES

VISITA MÉDICA DEL 15 MES

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:

CUÉNTENOS SOBRE SU HIJO Y SU FAMILIA.

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

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

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

¿Algún familiar de su hijo 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 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 DESARROLLO DE SU HIJO

¿Tiene inquietudes específicas acerca del desarrollo, aprendizaje o comportamiento de su hijo? No Sí, describa:

Marque cada una de las tareas que puede hacer su hijo.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Imitar los garabatos. | <input type="checkbox"/> Usar 3 palabras que no sean nombres. | <input type="checkbox"/> Escalar algunos unos escalones. |
| <input type="checkbox"/> Beber de la taza con poco derrame. | <input type="checkbox"/> Hablar con sonidos que parecen un lenguaje desconocido. | <input type="checkbox"/> Correr. |
| <input type="checkbox"/> Señalar para pedir algo o para obtener ayuda. | <input type="checkbox"/> Seguir las instrucciones que no incluyen un gesto. | <input type="checkbox"/> Hacer marcas con un lápiz de color. |
| <input type="checkbox"/> Mirar a su alrededor cuando dice cosas como "¿Dónde está tu pelota?" y "¿Dónde está tu manta?". | <input type="checkbox"/> Agacharse para recoger objetos. | <input type="checkbox"/> Dejar caer un objeto dentro y tomar el objeto de un contenedor. |

VISITA MÉDICA DEL 15 MES

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Anemia	¿La dieta de su hijo 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
	¿Usted se esfuerza alguna vez por poner comida en la mesa?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Audición	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo escucha su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo habla su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Visión	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Los ojos de su hijo parecen inusuales o cruzados?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Los párpados de su hijo se caen o uno de ellos tiende a cerrarse?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Alguna vez se han lesionado los ojos de su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

¿Cómo está usted, su hijo y su familia?

HABLAR Y SENTIR

¿Su hijo está aprendiendo cosas nuevas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo demuestra alguna preocupación o temor al conocer gente nueva?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Se toma tiempo para usted?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Pasa tiempo a solas con su pareja?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo señala algo que quiere y luego mira para ver si usted ve lo que está haciendo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Hace un gesto con la mano para decir "adiós"?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Habla, canta y mira libros con su hijo todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

RUTINAS Y PROBLEMAS DE SUEÑO

¿Tiene su hijo una rutina regular para acostarse?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo duerme bien?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Cuántas horas duerme su hijo? Durante el día _____ Durante la noche _____		
¿Tiene su hijo una manta, un peluche o un juguete con el que le gusta dormir?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene usted un televisor o un dispositivo conectado a Internet en la habitación de su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

BERRINCHES Y DISCIPLINA

¿Tiene su hijo berrinches frecuentes?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Si su hija está molesta, ¿le ayuda a distraerla usando otra actividad, libro o juguete?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Pone usted límites a su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Otros cuidadores establecen los mismos límites para su hijo que usted?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Usted felicita a su hijo cuando se comporta bien?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene alguna pregunta sobre qué hacer cuando se enoja o se frustra con su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

DIENTES SALUDABLES

¿Su hijo ha ido al dentista?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Cepilla los dientes de su hijo con un poco de pasta dental con flúor 2 veces al día usando un cepillo de dientes suave?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo usa un biberón?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

VISITA MÉDICA DEL 15 MES

SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil y en el hogar		
¿Su hijo se encuentra sujetado de manera segura en un asiento de seguridad orientado hacia atrás en el asiento trasero todas las veces que viaja en un vehículo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Todos los demás en el vehículo siempre usan un cinturón de seguridad para el regazo y el hombro, un asiento elevado o un asiento de seguridad para el automóvil?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Mantiene bajo llave los productos de limpieza y los medicamentos del hogar fuera de la vista y del alcance de su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene los números de teléfono de emergencia cerca de cada teléfono y en el marcado rápido de su teléfono móvil?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Mantiene los muebles alejados de las ventanas y usa protectores de ventanas operables en las ventanas del segundo piso y superiores? (Operable significa que, en caso de emergencia, un adulto puede abrir la ventana).	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene una puerta en la parte superior e inferior de todas las escaleras de su casa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Mantiene los cigarrillos, encendedores, fósforos y alcohol fuera de la vista y del alcance de su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Mantiene a su hijo alejado de la estufa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene detectores de humo en funcionamiento en todos los pisos de su casa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Prueba las baterías una vez al mes?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene un plan de escape de incendios?	<input type="radio"/> Sí	<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>.

American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®



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 Month Visit*

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



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

DECLARACIÓN INFORMATIVA SOBRE VACUNAS

Vacuna contra DTaP (difteria, tétanos, tos ferina): *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 vacuna contra DTaP ayuda a la protección de su hijo contra **difteria, tétanos y tos ferina**.

- La **DIFTERIA (D)** puede causar problemas respiratorios, parálisis e insuficiencia cardíaca. Antes de las vacunas, la difteria causaba la muerte de decenas de miles de niños cada año en Estados Unidos.
- El **TÉTANOS (T)** causa tensión dolorosa en los músculos. Puede causar el “bloqueo” de la mandíbula, de modo que no puede abrir la boca o tragar. Cerca de 1 de cada 5 personas que contraen el tétanos fallece.
- La **TOS FERINA (aP)**, también llamada tos convulsiva, causa accesos de tos tan intensos que dificulta comer, beber o respirar a lactantes y niños. Puede causar neumonía, convulsiones, daño cerebral o muerte.

La mayoría de los niños que reciben la vacuna contra DTaP estarán protegidos durante toda la niñez. Muchos niños más contraerían estas enfermedades si dejáramos de vacunar.

2 Vacuna contra DTaP

Los niños deben recibir usualmente 5 dosis de la vacuna contra DTaP, una en cada una de las edades siguientes:

- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 15 a 18 meses
- 4 a 6 años

La vacuna contra DTaP se puede administrar al mismo tiempo que otras vacunas. Además, a veces un niño puede recibir la vacuna contra DTaP con una o más vacunas en una sola inyección.

3 Algunos niños no deben recibir la vacuna contra DTaP o deben esperar

La vacuna contra DTaP es solo para niños menores de 7 años. La vacuna contra DTaP no es adecuada para todos: un número reducido de niños debe recibir una vacuna distinta, que solo contiene la difteria y el tétanos (DT), en lugar de la vacuna contra DTaP.

Informe a su proveedor de atención médica si su hijo:

- Ha tenido una **reacción alérgica después de una dosis previa de la vacuna contra DTaP** o si ha tenido cualquier **alergia severa y potencialmente mortal**.
- Ha tenido **coma o convulsiones largas y repetidas en los 7 días posteriores a una dosis de la vacuna contra DTaP**.
- Tiene **convulsiones u otro problema del sistema nervioso**.
- Alguna vez tuvo una enfermedad llamada **síndrome de Guillain-Barré (Guillain-Barré Syndrome, GBS)**.
- Ha tenido **dolor severo o hinchazón después de una dosis previa** de la vacuna contra DTaP o DT.

En algunos casos, el proveedor de atención médica podría decidir que se posponga la vacunación de su hijo contra DTaP para una visita futura.

Se puede vacunar a niños con enfermedades leves, como la gripe. Los niños con enfermedades moderadas o severas usualmente deben esperar hasta recuperarse para recibir la vacuna contra DTaP.

Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.



4 Riesgos de una reacción a la vacuna

- El enrojecimiento, dolor, hinchazón y sensibilidad en el área de la inyección son frecuentes después de la vacunación contra DTaP.
- A veces, ocurren fiebre, inquietud, cansancio, poco apetito y vómito 1 a 3 días después de la vacunación contra DTaP.
- Ocurren con frecuencia mucho menor reacciones más serias, como convulsiones, llanto incesante por 3 horas o más, o fiebre alta (más de 40.5 °C [105 °F]) después de la vacunación contra DTaP. De manera poco frecuente, la vacunación va seguida de hinchazón de todo un brazo o pierna, especialmente en niños mayores cuando reciben su cuarta o quinta dosis.
- Las convulsiones a largo plazo, coma, disminución del nivel de conciencia o daño cerebral permanente ocurren de manera muy poco frecuente después de la vacunación contra DTaP.

Al igual que con cualquier medicina, hay probabilidades muy remotas de que una vacuna cause una reacción alérgica severa, otra lesión seria o la muerte.

5 ¿Qué debo hacer si hay un problema grave?

Podría ocurrir una reacción alérgica después de que el niño deje la clínica. Si observa signos de una reacción alérgica severa (ronchas, hinchazón de la cara y garganta, dificultad para respirar, latidos rápidos, mareo o debilidad), llame al 911 y lleve al niño al hospital más cercano.

Llame al proveedor de atención médica de su hijo si hay otros signos que le preocupan.

Las reacciones serias se deben reportar al Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS (Sistema de informes de eventos adversos derivados de vacunas). Es usual que el médico informe sobre ello, o también puede hacerlo usted mismo. Visite www.vaers.hhs.gov o llame al 1-800-822-7967.

El VAERS es solo para informar sobre reacciones; 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. Visite www.hrsa.gov/vaccinecompensation o llame al 1-800-338-2382 para obtener información acerca del programa y de cómo presentar una reclamación. Hay un plazo límite para presentar una reclamación de compensación.

7 ¿Dónde puedo obtener más información?

- Consulte a su proveedor de atención médica.
- 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 www.cdc.gov/vaccines

Vaccine Information Statement (Interim)
DTaP (Diphtheria, Tetanus,
Pertussis) Vaccine Spanish



Office use only

8/24/2018 | 42 U.S.C. § 300aa-26

HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE VACUNAS

Vacuna contra el Hib (*Haemophilus influenzae* tipo b)

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 provocada por el *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) es una enfermedad grave causada por una bacteria. Por lo general, afecta a niños menores de 5 años. También puede afectar a adultos con determinadas afecciones médicas.

Su hijo puede contraer la enfermedad provocada por el Hib al estar en contacto con otros niños o adultos que es posible que sean portadores de la bacteria y no lo sepan. Los gérmenes se propagan de una persona a otra. Si los gérmenes permanecen en la nariz y la garganta de su hijo, probablemente no se enfermará. Sin embargo, en algunos casos, los gérmenes se propagan a los pulmones o al torrente sanguíneo y, en ese momento, el Hib puede causar problemas graves. Esto se denomina enfermedad invasiva provocada por el Hib.

Antes de que existiera la vacuna contra el Hib, la enfermedad provocada por el Hib era la principal causa de meningitis bacteriana en niños menores de 5 años en los Estados Unidos. La meningitis es una infección del recubrimiento del cerebro y de la médula espinal. Puede provocar daño cerebral y sordera. La enfermedad provocada por el Hib también puede causar lo siguiente:

- neumonía
- hinchazón severa de la garganta que puede dificultar la respiración
- infecciones de la sangre, las articulaciones, los huesos y la membrana que recubre el corazón
- muerte

Antes de que existiera la vacuna contra el Hib, cada año, aproximadamente 20,000 niños menores de 5 años en los Estados Unidos contraían esta enfermedad provocada por el Hib, y alrededor del 3 % al 6 % de ellos morían.

La vacuna contra el Hib puede prevenir esta enfermedad. Desde que comenzó a aplicarse la vacuna contra el Hib, la cantidad de casos de enfermedad invasiva provocada por el Hib ha disminuido en más de un 99 %. Muchos más niños contraerían la enfermedad provocada por el Hib si dejáramos de vacunar.

2 Vacuna contra el Hib

Hay varias marcas diferentes de la vacuna contra el Hib disponibles. Su hijo recibirá 3 o 4 dosis, según la vacuna que se utilice.

Por lo general, se recomiendan las siguientes dosis de la vacuna contra el Hib en estas edades:

- Primera dosis: 2 meses de edad
- Segunda dosis: 4 meses de edad
- Tercera dosis: 6 meses de edad (si es necesario, según la marca de la vacuna)
- Dosis final/de refuerzo: 12 a 15 meses de edad

La vacuna contra el Hib puede aplicarse al mismo tiempo que otras vacunas.

La vacuna contra el Hib puede administrarse como parte de una vacuna combinada. Se denomina vacuna combinada a la combinación de dos o más tipos de vacunas en una sola inyección, de forma que una vacunación puede proteger contra más de una enfermedad.

Generalmente, los adultos y los niños mayores de 5 años no necesitan la vacuna contra el Hib. Sin embargo, puede recomendarse para niños de mayor edad o adultos con asplenia o con enfermedad de células falciformes, antes de una cirugía para extraer el bazo o después de un trasplante de médula ósea. También puede recomendarse para personas de 5 a 18 años de edad con VIH. Pídale más detalles a su médico.

Su médico o la persona que le aplica la vacuna pueden brindarle más información.

3 Algunas personas no deben recibir esta vacuna

La vacuna contra el Hib no debe administrarse a lactantes menores de 6 semanas de edad.

Las personas que hayan tenido alguna vez una reacción alérgica que representó un riesgo para la vida después de haber recibido una dosis previa de la vacuna contra el Hib O que tengan alergia severa a cualquier parte de esta vacuna no deben recibir la vacuna contra el Hib. *Informe a la persona que aplica la vacuna acerca de cualquier alergia severa.*

Las personas que tienen una enfermedad leve pueden recibir la vacuna contra el Hib. Las personas que tienen una enfermedad moderada o severa posiblemente deban esperar hasta recuperarse. Hable con su proveedor de atención médica si la persona que recibirá la vacuna no se siente bien el día en que está programada la aplicación de la inyección.

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

Con cualquier medicamento, incluidas las vacunas, hay posibilidades de que se produzcan efectos secundarios. Usualmente, 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 contra el Hib no tienen ningún problema con ella.

Problemas leves después de la aplicación de la vacuna contra el Hib:

- enrojecimiento, calor o hinchazón en el lugar donde se aplicó la inyección
- fiebre

Estos problemas son poco comunes. Si se producen, suelen comenzar poco tiempo después de la aplicación de la inyección y pueden durar 2 o 3 días.

Problemas que pueden producirse después de la aplicación de cualquier vacuna:

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 dentro de 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.

También podría ser posible que los niños de mayor edad, los adolescentes y los adultos tengan los siguientes problemas 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 ocasionadas por una caída. Informe a su médico si se siente mareado o 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.

La seguridad de las vacunas se monitorea constantemente. Para obtener más información, visite: www.cdc.gov/vaccinesafety/

5**¿Qué hago si ocurre una reacción grave?****¿A qué debo prestar atención?**

- Debe prestar atención a cualquier aspecto 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 urticaria, hinchazón de la cara y la garganta, dificultad para respirar, pulso acelerado, mareos y debilidad.

Translation provided by the Immunization Action Coalition

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 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 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
Hib Vaccine

4/02/2015

Spanish

Office Use Only



42 U.S.C. § 300aa-26

HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE VACUNAS

Vacuna neumocócica conjugada (PCV13)

Lo que necesita saber

Many Vaccine Information Statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis
Las 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 vacunación puede proteger tanto a niños como adultos contra la **enfermedad neumocócica**.

La enfermedad neumocócica es causada por bacterias que pueden propagarse de una persona a otra mediante el contacto cercano. Puede provocar infecciones en los oídos y también infecciones más graves en:

- los pulmones (neumonía);
- la sangre (bacteriemia); y
- el recubrimiento del cerebro y de la médula espinal (meningitis).

La neumonía neumocócica es la enfermedad más frecuente entre los adultos. La meningitis neumocócica puede causar sordera y daño cerebral, y mata aproximadamente a 1 de cada 10 niños que se contagian.

Todas las personas pueden contraer la enfermedad neumocócica, pero los niños menores de 2 años y adultos mayores de 65 años, las personas con determinadas afecciones médicas y los fumadores de cigarrillos tienen el riesgo más alto.

Antes de que existiera una vacuna, en los Estados Unidos había:

- más de 700 casos de meningitis,
- aproximadamente 13,000 infecciones de la sangre,
- aproximadamente 5 millones de infecciones de oído, y
- aproximadamente 200 muertes

en niños menores de 5 años cada año por enfermedad neumocócica. Desde que la vacuna está disponible, la enfermedad neumocócica infantil severa se ha reducido en un 88 %.

En los Estados Unidos, cerca de 18,000 adultos mayores mueren cada año a causa de la enfermedad neumocócica.

El tratamiento de las infecciones neumocócicas con penicilina y otros fármacos no es tan efectivo como solía ser porque algunas cepas de la enfermedad se han vuelto resistentes a estos fármacos. Esto hace que la prevención de la enfermedad, a través de la vacunación, sea aún más importante.

2 La vacuna PCV13

La vacuna neumocócica conjugada (llamada PCV13) brinda protección contra 13 tipos de bacterias neumocócicas.

La PCV13 se administra en forma rutinaria a niños de 2, 4, 6 y 12-15 meses. También se recomienda para niños y adultos de 2 a 64 años de edad con determinadas

afecciones de salud y para todos los adultos mayores de 65 años. Su médico puede brindarle más detalles.

3 Algunas personas no deben recibir esta vacuna

Cualquier persona que haya tenido una reacción alérgica a una dosis de esta vacuna que representara un riesgo para la vida, a una vacuna antineumocócica anterior llamada PCV7 o a cualquier vacuna que tuviera toxoide diftérico (por ejemplo, la DTaP) no debe recibir la PCV13.

Cualquier persona con una reacción alérgica severa a algún componente de la PCV13 no debe recibir esta vacuna. *Diga a su médico si la persona que se está vacunando tiene alguna alergia severa.*

Si la persona que tiene programado vacunarse no se siente bien, es posible que su proveedor de atención médica decida reprogramar la aplicación de la inyección para otro día.

4 Riesgos de una reacción a la vacuna

Con cualquier medicamento, incluidas las vacunas, existe la posibilidad de que ocurran reacciones. Generalmente, estas son leves y desaparecen por sí solas, pero también es posible que se produzcan reacciones graves.

Los problemas reportados en relación con la PCV13 varían según la edad y la dosis de la serie. Los problemas más frecuentes reportados en niños fueron:

- Aproximadamente, la mitad sintió somnolencia después de la inyección, tuvo una pérdida temporal del apetito o presentó enrojecimiento o sensibilidad en el lugar donde se aplicó la inyección.
- Aproximadamente, 1 de cada 3 niños presentó hinchazón en el lugar donde se aplicó la inyección.
- Aproximadamente, 1 de cada 3 niños tuvo fiebre leve y cerca de 1 de cada 20 niños tuvo una fiebre superior a los 102.2 °F.
- Hasta 8 de cada 10 niños aproximadamente se pusieron quisquillosos o irritables.

Los adultos han reportado presentar dolor, enrojecimiento e hinchazón en el lugar donde se aplicó la inyección y también fiebre leve, fatiga, dolor de cabeza, escalofríos o dolor muscular.



Los niños pequeños que reciben la PCV13 junto con la vacuna contra la influenza inactivada al mismo tiempo pueden tener mayor riesgo de tener convulsiones por fiebre. Consulte al médico para obtener más información.

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 aproximadamente 15 minutos puede ayudar a prevenir los desmayos y las lesiones causadas por una caída. Informe al médico si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.
- Algunos niños mayores y adultos 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 aproximadamente en 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 pequeña 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 grave?

¿A qué debo prestar atención?

- Preste atención a todo lo que le inquiete, como signos de una reacción alérgica severa, fiebre muy alta o comportamiento inusual.

Los signos de una reacción alérgica severa incluyen urticaria, hinchazón de la cara y la garganta, dificultad para respirar, pulso cardíaco acelerado, mareos y debilidad, usualmente en los minutos u 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, comuníquese telefónicamente con su médico.

Las reacciones se deben notificar al Sistema de informes de eventos adversos derivados de las vacunas (“Vaccine Adverse Event Reporting System”, VAERS). 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 asesoramiento médico.

Translation provided by the Immunization Action Coalition

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 causadas por determinadas vacunas.

Las personas que consideren que puedan 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?

- Pregúntele 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 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 los CDC en www.cdc.gov/vaccines

Vaccine Information Statement PCV13 Vaccine

11/05/2015

Spanish

42 U.S.C. § 300aa-26

Office Use Only

