



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITA MÉDICA DEL 4 AÑO

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 DEL NIÑO

¿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"/> Ir al baño y tener una evacuación intestinal por sí mismo. | <input type="checkbox"/> Hablar para que los extraños puedan entender el 100% de lo que ella dice. | <input type="checkbox"/> Subir las escaleras, usando un pie, luego el otro, sin apoyo. |
| <input type="checkbox"/> Vestirse y desvestirse sin demasiada ayuda. | <input type="checkbox"/> Hacer dibujos que usted reconozca. | <input type="checkbox"/> Dibujar a una persona con al menos 3 partes del cuerpo. |
| <input type="checkbox"/> Jugar a fingir. | <input type="checkbox"/> Seguir reglas simples cuando juega juegos de mesa o cartas. | <input type="checkbox"/> Dibujar una simple cruz. |
| <input type="checkbox"/> Responder a preguntas como "¿Qué haces cuando tienes frío?" y "¿Cuándo tienes sueño?". | <input type="checkbox"/> Contarle una historia de un libro. | <input type="checkbox"/> Desabotonar y abotonar botones de tamaño medio. |
| <input type="checkbox"/> Usar oraciones de 4 palabras. | <input type="checkbox"/> Saltar con un solo pie. | <input type="checkbox"/> Agarrar un lápiz con el pulgar y los dedos en lugar del puño. |

VISITA MÉDICA DEL 4 AÑO

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
Dislipidemia	¿Su hijo 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 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
Plomo	¿Su hijo vive o visita una casa o instalación de cuidado infantil con un peligro identificado de plomo o una casa construida antes de 1960 que está en malas condiciones o que fue renovada en los últimos 6 meses?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Salud bucal	¿Su hijo tiene un dentista?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿La fuente de agua principal de su hijo contiene fluoruro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Tuberculosis	¿Su hijo 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
	¿Su hijo estuvo 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
	¿Su hijo está infectado con VIH?	<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?

LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA

Condición de vida y seguridad alimenticia		
¿Le preocupa tener una vivienda permanente?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Tiene suficiente calefacción, agua caliente, electricidad y electrodomésticos en funcionamiento?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
En los últimos 12 meses, ¿le preocupó quedarse sin alimentos antes de tener dinero para comprar más?	<input type="radio"/> No	<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"/> Sí
Alcohol y drogas		
¿Alguien en su hogar bebe cerveza, vino o licor?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Usted o algún miembro de su familia consume marihuana, cocaína, calmantes, narcóticos u otras sustancias controladas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Violencia en la relación de pareja		
¿Se siente segura siempre en su hogar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Su pareja, u otra persona significativa en su vida, ¿alguna vez la golpeó, pateó o empujó o la lastimó a usted o a su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Seguridad en la comunidad		
¿Se siente seguro en su comunidad?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Usted tiene a alguien a quien pueda acudir si le preocupa la seguridad de su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Usted tiene relación con su comunidad a través de grupos religiosos, organizaciones de voluntarios o programas recreativos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Pasa tiempo con los padres de otros niños de su comunidad?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

VISITA MÉDICA DEL 4 AÑO

PREPARARSE PARA LA ESCUELA

Comprensión y fluidez del lenguaje		
¿Su hijo comunica claramente sus deseos y necesidades a usted y a los demás?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Responde usted a las preguntas de su hijo con respuestas cortas y sencillas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Le da tiempo suficiente a su hijo para contar un cuento o responder a una pregunta?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Hablan, cantan y leen juntos todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Sentimientos		
¿Es su hijo generalmente feliz y activo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Ayuda a su hijo a decir "lo siento" por herir los sentimientos de los demás?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Oportunidades para socializar con otros niños		
¿Está su hijo interesado en otros niños?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene su hijo la oportunidad de jugar con otros niños en grupos de juego o en el preescolar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene su hijo un mejor amigo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Felicitas a su hijo cuando es bueno o ha terminado una tarea?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Programas de infancia temprana y preescolar		
¿Asiste su hijo al preescolar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Está contento con los arreglos de cuidado de niños o preescolar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Visita usted el preescolar de su hijo y participa en actividades allí?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Preparación para la escuela		
¿Tiene alguna preocupación acerca de que su hijo comience la escuela el próximo año?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Está haciendo algo para preparar a su hijo para el preescolar? Esto podría incluir leer juntos e ir a la biblioteca, al parque, al zoológico y a otros lugares.	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

HÁBITOS SALUDABLES

Nutrición		
¿Bebe agua todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Cuántas onzas de leche bebe su hijo la mayoría de los días?	_____ onzas	
¿Le ofrece a su hijo una variedad de alimentos, incluyendo vegetales, frutas y alimentos ricos en proteínas, como carne y huevos, pollo o pescado?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo está dispuesto a probar nuevos sabores y texturas de alimentos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Deja que su hijo decida cuánto comer y cuándo dejar de comer?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Rutinas diarias que promueven la salud		
¿Su hijo duerme bien?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene rutinas regulares para acostarse y comer?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Cepilla los dientes de su hijo dos veces al día con una cantidad del tamaño de un guisante de pasta dental fluorada?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

LIMITAR LA TELEVISIÓN Y PROMOVER LA ACTIVIDAD FÍSICA

¿Cuánto tiempo pasa su hijo adolescente todos los días viendo la televisión o usando computadoras, tabletas o smartphones?	_____ horas	
¿Su hijo tiene un televisor o un dispositivo conectado a Internet en su habitación?	<input type="radio"/> No	<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"/> No
¿Juega su hijo activamente durante al menos 1 hora al día?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo juega con otros niños?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Están físicamente activos juntos como una familia, como salir a caminar o jugar en el parque?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

VISITA MÉDICA DEL 4 AÑO

SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil		
¿Su hijo está bien sujeto en un asiento de seguridad para automóvil o en un asiento elevado con cinturón de seguridad en el asiento trasero cada vez 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
Seguridad al aire libre		
¿Usted vigila de cerca a su hijo cuando juega afuera, especialmente cerca de las calles y los caminos de entrada?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Hay piscinas en su vecindario?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Está planeando que su hijo aprenda a nadar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Siempre usa su hijo un chaleco salvavidas aprobado por el Servicio de Guardacostas de los Estados Unidos cuando está en un barco?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo siempre usa protector solar cuando juega al aire libre?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Mascotas		
¿Tiene una mascota?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Le ha enseñado a su hijo cómo comportarse con los animales para que no sea mordido o arañado?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Seguridad de las armas		
¿Alguien en su casa o en las casas donde su hijo pasa el tiempo tiene un arma?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Si es así, ¿el arma está descargada y guardada bajo llave?	<input type="radio"/> Sí	<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"/> 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>.





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 MMRV (sarampión, paperas, rubeola y varicela): *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?

El **sarampión**, las **paperas**, la **rubeola** y la **varicela** son enfermedades víricas que pueden tener consecuencias serias. Antes de que existieran las vacunas, estas enfermedades eran muy frecuentes en Estados Unidos, especialmente entre los niños. Aún son frecuentes en muchos lugares del mundo.

Sarampión

- El virus del sarampión causa síntomas que pueden incluir fiebre, tos, escurrimiento nasal y ojos rojos y acuosos, seguidos frecuentemente de una erupción cutánea que cubre todo el cuerpo.
- El sarampión puede ocasionar infecciones de oído, diarrea e infección de los pulmones (neumonía). En casos poco frecuentes, el sarampión puede ocasionar daño cerebral o la muerte.

Paperas

- El virus de las paperas causa fiebre, dolor de cabeza (cefalea), dolores musculares, cansancio, pérdida del apetito y glándulas salivales debajo de los oídos hinchadas y dolorosas en uno o en ambos lados.
- Las paperas pueden provocar sordera, hinchazón de la membrana que recubre el cerebro y/o la médula espinal (encefalitis o meningitis), dolor e hinchazón de los testículos o los ovarios y, en casos muy poco frecuentes, la muerte.

Rubeola (también conocida como **sarampión alemán**)

- El virus de la rubeola causa fiebre, dolor de garganta, erupción cutánea, dolor de cabeza e irritación de los ojos.
- La rubeola puede causar artritis en hasta la mitad de las mujeres adolescentes y adultas.
- Si una mujer contrae rubeola mientras está embarazada, podría perder al bebé, o el bebé podría nacer con defectos de nacimiento graves.

Varicela (también conocida como **viruela loca**)

- La varicela causa una erupción cutánea con comezón que generalmente dura alrededor de una semana, además de fiebre, cansancio, pérdida del apetito y dolor de cabeza (cefalea).
- La varicela puede causar infecciones de la piel, infección de los pulmones (neumonía), inflamación de los vasos sanguíneos, hinchazón de la membrana que recubre el cerebro y/o la médula espinal (encefalitis o meningitis) e infecciones de la sangre, los huesos o las articulaciones. En casos poco frecuentes, la varicela puede causar la muerte.
- Algunas personas que contraen varicela experimentan una erupción cutánea dolorosa llamada herpes zóster (también conocida como culebrilla) años después.

Estas enfermedades se pueden diseminar fácilmente de una persona a otra. El sarampión ni siquiera requiere que haya contacto personal. Usted se puede contagiar de sarampión solamente por entrar a una habitación de la que salió una persona con sarampión 2 horas antes. Las vacunas y las altas tasas de vacunación han hecho que estas enfermedades sean mucho menos frecuentes en Estados Unidos.

2 Vacuna contra MMRV

La **vacuna contra MMRV** se puede aplicar a niños de 12 meses a 12 años de edad. Generalmente se recomiendan dos dosis:

- Primera dosis: de los 12 a los 15 meses de edad
- Segunda dosis: de los 4 a los 6 años de edad

Se podría recomendar una tercera dosis de la vacuna contra MMR en ciertas situaciones de epidemia de paperas.

No existen riesgos conocidos por la aplicación de la vacuna contra MMRV al mismo tiempo que otras vacunas.

En lugar de la vacuna contra **MMRV**, algunos niños de 12 meses a 12 años de edad podrían recibir 2 inyecciones por separado: la vacuna contra **MMR** (sarampión, paperas y rubeola) y la vacuna contra la **varicela**. La vacuna contra MMRV no cuenta con licencia para personas de 13 años de edad o más. Existen hojas de información sobre vacunas por separado para las vacunas contra MMR y contra varicela. Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.

3 Algunas personas no deben recibir esta vacuna

Informe a la persona que le aplica a su hijo la vacuna si su hijo:

- **Tiene alguna alergia grave potencialmente mortal.** Es posible que se aconseje a las personas que tuvieron alguna vez una reacción alérgica potencialmente mortal después de haber recibido una dosis de la vacuna contra MMRV, o que tengan una alergia grave a cualquier compuesto de esta vacuna, que no se apliquen la vacuna. Consulte a su proveedor de atención médica si desea más información sobre los componentes de la vacuna.
- **Tiene un sistema inmunitario debilitado** debido a una enfermedad (como cáncer o VIH/SIDA) o a tratamientos médicos (como radiación, inmunoterapia, corticoesteroides o quimioterapia).
- **Tiene antecedentes de convulsiones, o tiene algún padre o hermano/a con antecedentes de convulsiones.**
- **Tiene algún padre o hermano/a con antecedentes de problemas en el sistema inmunitario.**
- **Ha tenido alguna vez alguna afección que ocasiona que tengan moretones o sangren fácilmente.**
- **Está embarazada o podría estar embarazada.** La vacuna contra MMRV no se debe administrar durante el embarazo.
- **Está recibiendo salicilatos (como la aspirina).** Las personas deben evitar el uso de salicilatos 6 semanas después de recibir una vacuna que contiene el virus de la varicela.
- **Ha recibido recientemente una transfusión de sangre u otros hemoderivados.** Se le podría aconsejar que posponga la vacunación de su hijo contra MMRV durante por lo menos 3 meses.
- **Tiene tuberculosis.**
- **Ha recibido cualquier otra vacuna en las 4 semanas anteriores.** Las vacunas con organismos vivos que se administran con demasiado poco tiempo entre una y otra podrían no funcionar tan bien como deberían.
- **No se siente bien.** Si su hijo tiene una enfermedad leve, como un resfriado, es probable que pueda recibir la vacuna hoy mismo. Si su hijo tiene una enfermedad moderada o grave, probablemente deba esperar hasta que su hijo se recupere. Su médico puede aconsejarlo sobre esto.



4

Riesgos de una reacción a la vacuna

Con cualquier medicina, incluidas las vacunas, existe la posibilidad de que ocurran reacciones. Aunque estas son por lo general leves y desaparecen por sí solas, también es posible que ocurran reacciones graves.

Vacunarse contra MMRV es mucho más seguro que contraer sarampión, paperas, rubeola o varicela. La mayoría de los niños que se vacunan contra MMRV no tienen ningún tipo de problema con la vacuna.

Después de la vacunación contra MMRV, un niño podría experimentar lo siguiente:

Eventos menores:

- Dolor en el brazo debido a la inyección
- Fiebre
- Enrojecimiento o erupción en el sitio de inyección
- Hinchazón de las glándulas en las mejillas o el cuello

Si estos eventos suceden, normalmente comienzan 2 semanas después de la inyección. Ocurren con menos frecuencia después de la segunda dosis.

Eventos moderados:

- Convulsiones (sacudidas o episodios de mirada fija) a menudo asociadas con fiebre
 - El riesgo de experimentar estas convulsiones es mayor después de la aplicación de la vacuna contra MMRV que después de las vacunas contra MMR y contra varicela por separado cuando se administran como la primera dosis de la serie. Su médico puede aconsejarlo sobre las vacunas adecuadas para su hijo.
- Recuento de plaquetas bajo temporal, que puede causar sangrado o moretones inusuales
- Infección de los pulmones (neumonía) o de la membrana que recubre el cerebro y la médula espinal (encefalitis, meningitis)
- Erupción cutánea en todo el cuerpo

Si su hijo experimenta una erupción cutánea después de la vacunación, esta podría estar relacionada con el componente de varicela de la vacuna. Un niño que tiene una erupción cutánea después de recibir la vacuna contra MMRV podría contagiar el virus de la vacuna contra la varicela a una persona no protegida. Aunque esto sucede con muy poca frecuencia, los niños que experimentan una erupción cutánea deben permanecer alejados de las personas con sistemas inmunitarios debilitados y de los lactantes no vacunados hasta que la erupción cutánea desaparezca. Hable con su proveedor de atención médica para obtener información adicional.

Se han presentado **eventos graves** con muy poca frecuencia después de recibir la vacuna contra MMR, que también podrían ocurrir después de recibir la vacuna contra MMRV. Estos incluyen los siguientes:

- Sordera
- Convulsiones a largo plazo, coma, disminución del estado de consciencia
- Daño cerebral

Otros problemas que podrían ocurrir después de la aplicación de esta 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 a su proveedor de atención médica si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.
- Algunas personas experimentan dolor en los hombros que puede ser más intenso y duradero que el dolor más frecuente que puede seguir a la aplicación de la inyección. Esto ocurre con muy poca frecuencia.
- Cualquier medicamento puede provocar una reacción alérgica grave. Se estima que dichas reacciones a una vacuna se presentan en aproximadamente 1 de cada millón de dosis, y ocurren entre algunos minutos y pocas 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/

5

¿Qué debo hacer 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 grave, fiebre muy alta o comportamiento inusual.

Los signos de una **reacción alérgica grave** pueden incluir ronchas, hinchazón de la cara y la garganta, dificultad para respirar, pulso acelerado, mareo y debilidad. Por lo general, estos comienzan entre algunos minutos y pocas 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 911 y diríjase al hospital más cercano. De lo contrario, llame a su proveedor de atención médica.

Después, la reacción se debe notificar al Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) (Sistema de notificación de eventos adversos derivados de las vacunas). Su médico debe presentar este informe, 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) es un programa federal que se creó para compensar a las personas que pueden haber experimentado lesiones causadas por ciertas vacunas.

Las personas que consideren que pueden haber experimentado lesiones ocasionadas por una vacuna se pueden informar 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 el Control y Prevención de Enfermedades):
 - Llame al 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO) o
 - Visite el sitio web de los CDC en: www.cdc.gov/vaccines

Vaccine Information Statement MMRV Vaccine

2/12/2018

Spanish

Office use only



42 U.S.C. § 300aa-26

HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE VACUNAS

Vacuna contra la polio

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 vacunación puede proteger a las personas contra la **polio**. La polio es una enfermedad causada por un virus. Se contagia principalmente en el contacto persona a persona. También puede contagiarse al consumir comida o bebidas contaminadas con la materia fecal de una persona infectada.

La mayoría de las personas infectadas con la polio no tienen síntomas, y es posible que se recuperen sin complicaciones. Pero algunas veces las personas que contraen la polio desarrollan parálisis (no pueden mover los brazos o las piernas). La polio puede terminar en una discapacidad permanente. También puede causar la muerte, generalmente por la parálisis de los músculos que se usan para respirar.

La polio solía ser muy común en los Estados Unidos. Paralizaba y mataba a miles de personas todos los años antes de que la vacuna contra la polio fuera introducida en 1955. No existe cura para la infección de la polio, pero puede prevenirse mediante la vacunación.

La polio ha sido erradicada de los Estados Unidos, pero aún ocurre en otras partes del mundo. Solo se necesitaría que una persona infectada con el virus de la polio llegara de otro país para que trajera la enfermedad nuevamente si no estuviéramos protegidos por la vacuna. Si el esfuerzo para eliminar la enfermedad del mundo tiene éxito, algún día no necesitaremos la vacuna. Hasta que eso suceda, necesitamos seguir vacunado a nuestros hijos.

2 Vacuna contra la polio

La Inactivated Polio Vaccine (**IPV**) (vacuna inactivada contra la polio) puede prevenir la polio.

Niños

La mayoría de las personas deben recibir la IPV en la niñez. Las dosis de IPV se administran generalmente de los 2, 4, 6 a los 18 meses, y de los 4 a los 6 años de edad.

El programa puede ser diferente para algunos niños (incluidos aquellos que viajen a ciertos países y aquellos que reciban la IPV como parte de una vacuna combinada). Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.

Adultos

La mayoría de los adultos no necesitan la IPV porque ya fueron vacunados contra la polio de niños. Pero algunas personas adultas están en mayor riesgo y deben considerar aplicarse la vacuna contra la polio, incluidas:

- personas que viajen a ciertas partes del mundo,
- trabajadores de laboratorios que podrían manipular el virus, y
- trabajadores de la salud que atienden a pacientes que puedan tener la polio.

Estos adultos de riesgo más elevado pueden necesitar de 1 a 3 dosis de la IPV, según la cantidad de dosis que hayan recibido en el pasado.

No existen riesgos conocidos por la aplicación de la IPV al mismo tiempo que se reciben otras vacunas.

3 Algunas personas no deben recibir esta vacuna

Informe a la persona que le aplica la vacuna:

- **Si tiene alguna reacción alérgica grave potencialmente mortal.**
Si alguna vez tuvo una reacción alérgica potencialmente mortal después de una dosis previa de la IPV o si tiene una alergia grave a cualquier componente de esta vacuna, no debe recibir esta vacuna. Consulte a su proveedor de atención médica si desea más información sobre los componentes de la vacuna.
- **Si la persona que va a recibir la vacuna no se siente bien.**
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.

4 Riesgos de una reacción a la vacuna

Con cualquier medicamento, incluidas las vacunas, hay posibilidades de que se produzcan efectos secundarios. Aunque estos son usualmente leves y desaparecen por sí solos, también es posible que se produzcan reacciones graves.

A algunas personas que se aplican la IPV les aparece un área sensible donde se aplicó la inyección. No se conocen problemas graves causados por la IPV, y la mayoría de las personas no tienen problemas con ella.



Otros problemas que pueden producirse después de la aplicación de esta vacuna:

- 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 hay un problema grave?

¿A qué debo prestar atención?

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

Los signos de una **reacción alérgica grave** pueden incluir ronchas, hinchazón de la cara y la garganta, dificultad para respirar, pulso acelerado, mareos y debilidad. 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 grave** u otra emergencia que no puede esperar, llame al 9-1-1 o diríjase al hospital más cercano. De lo contrario, comuníquese telefónicamente con su médico.

Luego, la reacción se debe notificar en el Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) (Sistema de informes 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 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 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
Polio Vaccine

7/20/2016

Spanish

Office Use Only



42 U.S.C. § 300aa-26