

Estimados padres de la clase de 2025,

La ley de Kansas requiere que los estudiantes que ingresan al grado 11 se vacunen contra la enfermedad meningocócica. Se requieren dos dosis. Si su hijo ya recibió una vacuna contra el meningococo (MCV4) después de los 16 años, está al día. Esta es la misma vacuna que requieren las universidades. Para ayudar a que sea más fácil para nuestros estudiantes cumplir con estos requisitos, organizaremos una clínica de vacunación escolar proporcionada por el Departamento de Salud de Grant County el Miércoles 26 de Abril de 2023.

Las vacunas VPH, y la Meningocócica B (diferente de MCV4 ya que cubre una cepa diferente) también estarán disponibles. **No se administrará ninguna vacuna sin el consentimiento por escrito, además, el personal de enfermería verificará todos los consentimientos por escrito con los padres que elijan las vacunas recomendadas.**

Adjunto encontrará varios formularios. El primero es un formulario de registro de clientes. Favor de llenar el formulario completo, así como la información del seguro de salud. El Departamento de Salud de Grant County facturará a su seguro. Puede adjuntar una copia o escribir su información de salud en el formulario. La hoja naranja es el consentimiento de inmunización para la vacuna MCV4 (obligatoria). Por favor complete el formulario y fírmelo. Si desea que su hijo reciba la vacuna Men B y/o la VPH, indíquelo en el formulario.

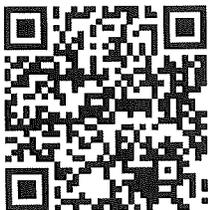
**Si su hijo no tiene seguro médico, las vacunas se pueden administrar sin costo o a bajo costo.** Incluya la información de sus ingresos en el formulario de registro del cliente si desea recibir ayuda con las vacunas.

**Tenga en cuenta que todos los estudiantes que van el próximo año al grado 11 deben tener la vacuna MCV4 completa antes de inscribirse para el año escolar 2023-2024.** No se permitirá que los estudiantes asistan a la escuela sin la documentación de la vacuna requerida. **Por favor de regresar el consentimiento de inmunización a la escuela UHS antes del 19 de Abril.**

Si tiene alguna pregunta sobre el estado de vacunación de su hijo, comuníquese con su proveedor de atención primaria o con la oficina de la enfermería de la escuela al 356-3655.

Los siguientes son códigos QR que lo llevarán a las Hojas de Información de Vacunas de cada vacuna.

MCV4



VPH



Men B



GRANT COUNTY HEALTH DEPARTMENT  
105 SOUTH GLENN ULYSSES, KS 67880  
(620)356-1545

REGISTRACION DE CLIENTE\*

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Sobrenombre \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Doctor \_\_\_\_\_ County \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Numero de trabajo \_\_\_\_\_

Raza: (Marque todo que aplica)  
 Caucáseo  Negro de Americano Africo  Indio Americano/Nativo de Alaska  Asiático  
 Nativo Hawaiano  Desconocido/No Reportado

Etnicidad: Origen Hispano/Latino \_\_\_\_\_ No-Hispano \_\_\_\_\_ Desconocido  
Si "si"Hispano/Latino escogé uno de lo siguiente  
 Mexicano  Cubano  Puerto Ricano  Central/Sudamérica  Otro/Desconocido

Nombres de todos en la familia	Empleador	Ingresos
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**LA PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO SI DIFERENTE DE ARRIBA**

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ Numero de trabajo: \_\_\_\_\_

Relación al Cliente \_\_\_\_\_

**TODA LA INFORMACION ES CONDFIDENCIAL**

Certifico que el encima de información es correcto a mejor de mi conocimiento. Entiendo que el FIADOR encima será responsable por servicios que no cubre de cualquier seguridad y deber de ser pagado en tiempo de los servicios.

A mi me han dado la oportunidad de leer lo Noticia de Practica Privacidad del condado del Grant.

## DOCUMENTACION DE LAS VACUNAS/FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO

Se me ha ofrecido una copia de la "Declaración sobre la información de las vacuna(s)" marcadas abajo. He leído o se me ha explicado la información en la "Declaración sobre la información de las vacuna(s)". Mis preguntas fueron contestadas a satisfacción y yo pido que las vacuna(s) marcadas abajo sean aplicadas a mí, o a la persona nombrada abajo por quien yo doy autorización. Doy mi consentimiento para incluir la información de mis vacunas y la de las personas nombradas abajo en el Registro de Vacunas de Kansas.

DT    DTaP    Tdap    Td    HepA    HepB    Hib    HPV    Influenza    MCV4/MenB  
 MMR    PCV13    PPV23    Polio/IPV    Rotavirus    Varicella    Other \_\_\_\_\_

Firma de Paciente o de Padre/Guardian \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Información Del Paciente				
Apellido del paciente:		Nombre del paciente:		Número de teléfono:
				Edad:
				Fecha de nacimiento:
Dirección:		Ciudad:	Condado:	Estado:
				Código postal:
Etnicidad: Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Caucásico/Mejicano/Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino		<input type="checkbox"/> Hawaiian <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Otro/Non-Blanco <input type="checkbox"/> Desconocido
Médico Primario:	Dirección:	Estado:	Teléfono:	
	Ciudad:		Fax:	
Elegibilidad del paciente: <input type="checkbox"/> T19-MED <input type="checkbox"/> No Tiene Seguro <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Insuficientemente Asegurados* <input type="checkbox"/> Insuficientemente Servidos** <input type="checkbox"/> T21-SCHIP <input type="checkbox"/> Enteramente Asegurados				

\*Niños con seguro insuficiente: El seguro no cubre las vacunas. Elegibles a través del programa VFC si son vacunados en un FQHC, RHC o departamento de salud del condado.

\*\*Niños sin seguro o sin cobertura médica: No son elegibles para VFC. Sólo pueden ser vacunados con vacunas de KIP (State) necesarias para ingresar a la escuela (K-12) en un departamento de salud del condado si están inscritos en el programa federal escolar gratuito o en el program de almuerzo a precio reducido.

### CUESTIONARIO DE ANÁLISIS PARA VACUNACIÓN

1. ¿Está enferma en este momento o tiene fiebre alta la paciente que va a ser vacunada?	___ sí ___ no
2. ¿Tiene el paciente(a) alergias a medicamentos, comida, componentes de vacunas, o al látex?	___ sí ___ no
3. ¿Ha tenido el paciente(a) algún tipo de reacción seria a las vacunas en el pasado?	___ sí ___ no
4. ¿Ha tenido el paciente(a) problemas de salud de los pulmones, corazón, riñones o enfermedades metabólicas (como diabetes), asma, o enfermedades sanguíneas? ¿Está el paciente(a) en terapias de aspirina a largo plazo?	___ sí ___ no
5. Si el paciente(a) que va a ser vacunado tiene entre 2 a 4 años, ¿el doctor le ha dicho en los últimos 12 meses que el paciente tiene resollados o asma?	___ sí ___ no
6. Si su paciente(a) es un bebé, le han dicho en algún momento que su niño tiene intususcepción (es el deslizamiento de una parte del intestino dentro de otra)	___ sí ___ no
7. ¿Han tenido ataques epilépticos ya sea el paciente(a), un hermano(a), o los padres? ¿Ha tenido el niño(a) problemas en el cerebro o en el sistema nervioso?	___ sí ___ no
8. ¿Tiene el paciente(a) cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema en el sistema inmunológico?	___ sí ___ no
9. En los últimos 3 meses, ¿ha tomado el paciente(a) medicamentos que debiliten su sistema inmunológico tales como cortisona (cortisone), prednisona (prednison), otro tipo de esteroides, medicamentos contra el cáncer, o ha tenido tratamientos de radiación?	___ sí ___ no
10. En el último año, ¿ha recibido el paciente(a) transfusiones de sangre o productos de sangre, o ha recibido gama globulina (trata el sistema inmunológico) o medicina antiviral (para combatir infecciones de virus)?	___ sí ___ no
11. ¿Está el paciente o muchacha embarazada o habría alguna probabilidad que se embarazará en el próximo mes?	___ sí ___ no
12. ¿Ha recibido el paciente(a) alguna vacuna en las últimas cuatro semanas?	___ sí ___ no

## DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA

# Vacuna meningocócica ACWY: Lo que necesita saber

Many vaccine information statements are available in Spanish and other languages. See [www.immunize.org/vis](http://www.immunize.org/vis)

Están disponibles hojas de información sobre vacunas en español y en muchos otros idiomas. Visite [www.immunize.org/vis](http://www.immunize.org/vis)

## 1. ¿Por qué es necesario vacunarse?

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

La enfermedad meningocócica puede causar meningitis (infección del revestimiento del cerebro y la médula espinal) e infecciones de la sangre. Incluso cuando se trata, la enfermedad meningocócica causa la muerte de 10 a 15 de cada 100 personas infectadas. Además, en quienes sobreviven, aproximadamente 10 a 20 de cada 100 personas quedan con discapacidades, como pérdida de la audición, daño cerebral, daño en los riñones, pérdida de miembros, problemas del sistema nervioso o cicatrices muy evidentes por injertos de piel.

La enfermedad meningocócica es infrecuente y ha disminuido en Estados Unidos desde la década de 1990. Sin embargo, es una enfermedad grave, con riesgo significativo de muerte o discapacidades duraderas en quienes la padecen.

Cualquier persona puede contraer la enfermedad meningocócica. Algunas personas tienen un mayor riesgo, incluidos:

- Bebés menores de un año
- Adolescentes y adultos jóvenes de 16 a 23 años
- Personas con ciertos trastornos médicos que afectan al sistema inmunitario
- Microbiólogos que trabajan habitualmente con aislados de *Neisseria meningitidis*, la bacteria que causa la enfermedad meningocócica
- Personas en riesgo a causa de un brote en su comunidad

## 2. Vacuna meningocócica ACWY

Los adolescentes necesitan 2 dosis de la vacuna meningocócica ACWY:

- Primera dosis: a los 11 o 12 años
- Segunda dosis (de refuerzo): a los 16 años

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

- Personas en riesgo a causa de un brote de enfermedad meningocócica de los serogrupos A, C, W o Y
- Personas con el virus de la inmunodeficiencia humana
- 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 de componentes del complemento”
- Cualquier persona que reciba un tipo de medicamento llamado “inhibidor del complemento”, como el eculizumab (también llamado “Soliris”®) o ravulizumab (también llamado “Ultomiris”®)
- Microbiólogos que trabajan rutinariamente con aislados de *N. meningitidis*
- Toda persona que viaje a partes del mundo donde la enfermedad meningocócica sea frecuente, como en algunas partes de África, o viva en ellas
- Estudiantes universitarios de primer año que vivan en dormitorios y no se hayan vacunado por completo con la vacuna meningocócica ACWY
- Reclutas militares de EE. UU.

## 3. Hable con su proveedor de atención médica

Informe a su proveedor de vacunas si la persona que recibe la vacuna:

- Ha tenido una **reacción alérgica después de recibir una dosis previa de la vacuna meningocócica ACWY** o si ha tenido cualquier **alergia severa y potencialmente mortal**



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

En algunos casos, su proveedor de atención médica podría decidir que se posponga la vacunación meningocócica ACWY hasta una visita futura.

Hay poca información sobre los riesgos de esta vacuna en embarazadas o mujeres que amamantan, sin que se hayan identificado problemas de seguridad. Se debe vacunar a mujeres embarazadas o que amamantan si está indicado.

Se puede vacunar a personas con enfermedades leves, como el catarro común. Las personas con enfermedad moderada o grave usualmente deben esperar hasta recuperarse antes de recibir la vacuna meningocócica ACWY.

Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.

---

#### 4. Riesgos de una reacción a la vacuna

---

- Puede ocurrir enrojecimiento o dolor en el sitio de administración de la inyección después de recibir la vacuna meningocócica ACWY.
- Un pequeño porcentaje de personas que reciben la vacuna meningocócica ACWY experimenta dolor muscular, dolor de cabeza o cansancio.

En algunos casos, las personas se desmayan después de procedimientos médicos, incluidas las vacunaciones. Informe a su proveedor de atención médica si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.

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

---

#### 5. ¿Qué hago si ocurre algún problema grave?

---

Podría ocurrir una reacción alérgica después de que la persona vacunada deje la clínica. Si observa signos de una reacción alérgica grave (ronchas, hinchazón de la cara y garganta, dificultad para respirar, latidos rápidos, mareo o debilidad), llame al 9-1-1 y lleve a la persona al hospital más cercano.

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

Las reacciones adversas se deben reportar al National Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS (Sistema para reportar reacciones adversas a las vacunas). Es usual que el proveedor de atención médica informe sobre ello, o también puede hacerlo usted mismo. Visite el sitio web de VAERS en [www.vaers.hhs.gov](http://www.vaers.hhs.gov) o llame al 1-800-822-7967. El VAERS es solo para informar sobre reacciones y el personal de VAERS no proporciona consejos médicos.

---

#### 6. Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas

---

El 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 reclamaciones relativas a presuntas lesiones o fallecimientos debidos a la vacunación tienen un límite de tiempo para su presentación, que puede ser de tan solo dos años. Visite el sitio web de VICP en [www.hrsa.gov/vaccinecompensation](http://www.hrsa.gov/vaccinecompensation) o llame al 1-800-338-2382 para obtener información acerca del programa y de cómo presentar una reclamación.

---

#### 7. ¿Dónde puedo obtener más información?

---

- Consulte a su proveedor de atención médica.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Visite el sitio web de la Food and Drug Administration, FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos), para consultar los folletos informativos de las vacunas e información adicional en [www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines](http://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines).
- 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](http://www.cdc.gov/vaccines).

Spanish translation provided by the Immunization Action Coalition



## DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA

# Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH): *Lo que necesita saber*

Many vaccine information statements are available in Spanish and other languages. See [www.immunize.org/vis](http://www.immunize.org/vis)

Están disponibles hojas de información sobre vacunas en español y en muchos otros idiomas. Visite [www.immunize.org/vis](http://www.immunize.org/vis)

## 1. ¿Por qué es necesario vacunarse?

La vacuna contra el VPH (virus del papiloma humano) puede prevenir la infección por algunos tipos de virus del papiloma humano.

Las infecciones por el VPH pueden causar ciertos tipos de cáncer, como:

- cáncer cervical, vaginal y vulvar en mujeres
- cáncer de pene en hombres
- cáncer anal tanto en hombres como en mujeres
- cáncer de las amígdalas, la base de la lengua y la parte posterior de la garganta (cáncer bucofaríngeo) tanto en hombres como en mujeres.

Las infecciones por el VPH también pueden causar verrugas anogenitales.

La vacuna contra el VPH puede prevenir más de 90 % de los tipos de cáncer que causa el VPH.

El VPH se transmite por contacto íntimo piel con piel o por contacto sexual. Las infecciones por el VPH son tan frecuentes que casi todas las personas tienen al menos un tipo de VPH en algún momento de su vida. La mayoría de las infecciones por el VPH desaparecen por sí solas en 2 años. Sin embargo, a veces las infecciones por el VPH durarán más y pueden causar cáncer más adelante en la vida.

## 2. Vacuna contra el VPH

La vacuna contra el VPH se recomienda de forma rutinaria en adolescentes de 11 o 12 años para garantizar que estén protegidos antes de que se expongan al virus. La vacuna contra el VPH se puede administrar a partir de los 9 años y se recomienda la vacunación en todas las personas hasta los 26 años.

La vacuna contra el VPH se puede administrar a adultos de 27 a 45 años, con base en conversaciones entre el paciente y el proveedor de atención médica.

La mayoría de los menores que reciben la primera dosis antes de los 15 años necesitan 2 dosis de la vacuna contra el VPH. Las personas que reciben la primera dosis a los 15 años o después y las personas más jóvenes con ciertos padecimientos inmunosupresores necesitan 3 dosis. Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.

Es posible administrar la vacuna contra el VPH al mismo tiempo que otras vacunas.

## 3. Hable con su proveedor de atención médica

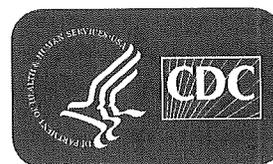
Informe a su proveedor de vacunas si la persona que recibe la vacuna:

- Ha tenido una **reacción alérgica después de recibir una dosis previa de la vacuna contra el VPH** o si ha tenido cualquier **alergia severa y potencialmente mortal**
- Está **embarazada**: no se recomienda administrar la vacuna contra el VPH hasta después del embarazo

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

Se puede vacunar a personas con enfermedades leves, como el catarro común. Las personas con enfermedad moderada o grave usualmente deben esperar hasta recuperarse para recibir la vacuna contra el VPH.

Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.



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

---

#### 4. Riesgos de una reacción a la vacuna

---

- Pueden ocurrir dolor, enrojecimiento o hinchazón en el sitio donde se administra la inyección después de la vacunación contra el VPH.
- Pueden ocurrir fiebre o dolor de cabeza después de la vacunación contra el VPH.

En algunos casos, las personas se desmayan después de procedimientos médicos, incluidas las vacunaciones. Informe a su proveedor de atención médica si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.

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

---

#### 5. ¿Qué hago si ocurre algún problema grave?

---

Podría ocurrir una reacción alérgica después de que la persona vacunada deje la clínica. Si observa signos de una reacción alérgica grave (ronchas, hinchazón de la cara y garganta, dificultad para respirar, latidos rápidos, mareo o debilidad), llame al 9-1-1 y lleve a la persona al hospital más cercano.

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

Las reacciones adversas se deben reportar al Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS (Sistema para reportar reacciones adversas a las vacunas). Es usual que el proveedor de atención médica informe sobre ello, o también puede hacerlo usted mismo. Visite el sitio web de VAERS en [www.vaers.hhs.gov](http://www.vaers.hhs.gov) o llame al 1-800-822-7967. *El VAERS es solo para informar sobre reacciones y el personal de VAERS 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. Las reclamaciones relativas a presuntas lesiones o fallecimientos debidos a la vacunación tienen un límite de tiempo para su presentación, que puede ser de tan solo dos años. Visite el sitio web de VICP en [www.hrsa.gov/vaccinecompensation](http://www.hrsa.gov/vaccinecompensation) o llame al 1-800-338-2382 para obtener información acerca del programa y de cómo presentar una reclamación.

---

#### 7. ¿Dónde puedo obtener más información?

---

- Consulte a su proveedor de atención médica.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Visite el sitio web de la Food and Drug Administration, FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos), para consultar los folletos informativos de las vacunas e información adicional en [www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines](http://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines).
- 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](http://www.cdc.gov/vaccines).



## DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA

# Vacuna meningocócica B: Lo que necesita saber

Many vaccine information statements are available in Spanish and other languages. See [www.immunize.org/vis](http://www.immunize.org/vis)

Están disponibles hojas de información sobre vacunas en español y en muchos otros idiomas. Visite [www.immunize.org/vis](http://www.immunize.org/vis)

## 1. ¿Por qué es necesario vacunarse?

La vacuna meningocócica B ayuda a proteger contra la enfermedad meningocócica que causa el serogrupo B. Está disponible otra vacuna meningocócica que ayuda a proteger contra los serogrupos A, C, W e Y.

La enfermedad meningocócica puede causar meningitis (infección del revestimiento del cerebro y la médula espinal) e infecciones de la sangre. Incluso cuando se trata, la enfermedad meningocócica causa la muerte de 10 a 15 de cada 100 personas infectadas. Además, en quienes sobreviven, aproximadamente 10 a 20 de cada 100 personas quedan con discapacidades, como pérdida de la audición, daño cerebral, daño en los riñones, pérdida de miembros, problemas del sistema nervioso o cicatrices muy evidentes por injertos de piel.

La enfermedad meningocócica es infrecuente y ha disminuido en Estados Unidos desde la década de 1990. Sin embargo, es una enfermedad grave, con riesgo significativo de muerte o discapacidades duraderas en quienes la padecen.

Cualquier persona puede contraer la enfermedad meningocócica. Algunas personas tienen un mayor riesgo, incluidos:

- Bebés menores de un año
- Adolescentes y adultos jóvenes de 16 a 23 años
- Personas con ciertos trastornos médicos que afectan al sistema inmunitario
- Microbiólogos que trabajan habitualmente con aislados de *Neisseria meningitidis*, la bacteria que causa la enfermedad meningocócica
- Personas en riesgo a causa de un brote en su comunidad

## 2. Vacuna meningocócica B

La protección óptima requiere más de 1 dosis de la vacuna meningocócica B. Hay dos vacunas

meningocócicas B disponibles. Se debe usar la misma vacuna en todas las dosis.

Estas vacunas meningocócicas B se recomiendan en personas de 10 años o más que tienen mayor riesgo de contraer la enfermedad meningocócica del serogrupo B, lo que incluye:

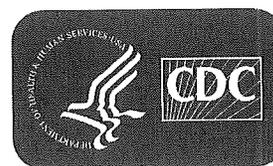
- Personas en riesgo a causa de un brote de enfermedad por meningococos del serogrupo B
- Personas cuyo bazo sufrió daños o fue extirpado, incluidas las personas con enfermedad drepanocítica
- Todas las personas con un trastorno poco frecuente del sistema inmunitario, denominado “deficiencia de componentes del complemento”
- Cualquier persona que reciba un tipo de medicamento llamado “inhibidor del complemento”, como el eculizumab (también llamado “Soliris”<sup>®</sup>) o ravulizumab (también llamado “Ultomiris”<sup>®</sup>)
- Microbiólogos que trabajan rutinariamente con aislados de *N. meningitidis*

Estas vacunas también se pueden administrar a cualquier persona de 16 a 23 años para proporcionar protección a corto plazo contra la mayoría de las cepas de la enfermedad meningocócica del serogrupo B, con base en conversaciones entre el paciente y el proveedor de atención médica. La edad preferida para la vacunación es de 16 a 18 años.

## 3. Hable con su proveedor de atención médica

Informe a su proveedor de vacunas si la persona que recibe la vacuna:

- Ha tenido una **reacción alérgica después de recibir una dosis previa de la vacuna meningocócica B** o si ha tenido cualquier **alergia severa y potencialmente mortal**



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

▪ Está **embarazada o amamantando**

En algunos casos, su proveedor de atención médica podría decidir que se posponga la vacuna meningocócica B hasta una visita futura.

La vacuna meningocócica B se debe posponer en embarazadas a menos que la persona esté en mayor riesgo y, tras consultar con su proveedor de atención médica, se considere que los beneficios de la vacunación superan los riesgos posibles.

Se puede vacunar a personas con enfermedades leves, como el catarro común. Las personas con enfermedad moderada o grave usualmente deben esperar hasta recuperarse antes de recibir la vacuna meningocócica B.

Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.

---

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

---

▪ Pueden ocurrir dolor, enrojecimiento o hinchazón en el sitio de administración de la inyección, cansancio, dolor de cabeza, dolor muscular o articular, fiebre o náusea después de recibir la vacuna meningocócica B. Algunas de estas reacciones ocurren en más de la mitad de las personas que reciben la vacuna.

En algunos casos, las personas se desmayan después de procedimientos médicos, incluidas las vacunaciones. Informe a su proveedor de atención médica si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.

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

---

#### **5. ¿Qué hago si ocurre algún problema grave?**

---

Podría ocurrir una reacción alérgica después de que la persona vacunada deje la clínica. Si observa signos de una reacción alérgica grave (ronchas, hinchazón de la cara y garganta, dificultad para respirar, latidos rápidos, mareo o debilidad), llame al **9-1-1** y lleve a la persona al hospital más cercano.

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

Las reacciones adversas se deben reportar al Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS (Sistema para reportar reacciones adversas a las vacunas). Es usual que el proveedor de atención médica informe sobre ello, o también puede hacerlo usted mismo. Visite el sitio web de VAERS en [www.vaers.hhs.gov](http://www.vaers.hhs.gov) o llame al **1-800-822-7967**. *El VAERS es solo para informar sobre reacciones y el personal de VAERS 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. Las reclamaciones relativas a presuntas lesiones o fallecimientos debidos a la vacunación tienen un límite de tiempo para su presentación, que puede ser de tan solo dos años. Visite el sitio web de VICP en [www.hrsa.gov/vaccinecompensation](http://www.hrsa.gov/vaccinecompensation) o llame al **1-800-338-2382** para obtener información acerca del programa y de cómo presentar una reclamación.

---

#### **7. ¿Dónde puedo obtener más información?**

---

- Consulte a su proveedor de atención médica.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Visite el sitio web de la Food and Drug Administration, FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos), para consultar los folletos informativos de las vacunas e información adicional en [www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines](http://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines).
- 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](http://www.cdc.gov/vaccines).

Spanish translation provided by the Immunization Action Coalition

