



OKLAHOMA
State Department
of Health

8 de abril de 2024

Estimado Padre / Tutor,

El Departamento de Salud del Condado Bryan estará en la escuela de su hijo el jueves 25 de abril de 2024 proporcionando vacunas contra el tétanos, la difteria y la tos ferina (Tdap) a los estudiantes de sexto grado. Se requiere una vacuna Tdap para los niños de Oklahoma que ingresan al séptimo grado. En este paquete encontrará una hoja de información sobre la vacuna para obtener información adicional.

Para que su hijo pueda recibir una vacuna, los siguientes formularios deben completarse y devolverse a la escuela: Formulario de ingreso de datos de vacunación (solo la portada) y Lista de verificación de detección de contraindicaciones de vacunas para niños y adolescentes. Desafortunadamente, su hijo no será vacunado si la documentación requerida no se completa y se devuelve con las firmas de los padres/tutores.

Para los estudiantes que tienen seguro privado, se enviará una solicitud al proveedor de seguros. Si recibe una factura, comuníquese con el Departamento de Salud del Condado Bryan al (580) 924-4285.

Si los estudiantes no colaboran, no se administrará la vacuna. Los padres/tutores son bienvenidos a asistir.

Atentamente,

Enfermera coordinadora

Formulario de ingreso de datos de vacunas

Por favor complete cada casilla a continuación con la información que se aplica al cliente que recibe servicios hoy.
Si el cliente es menor de edad, por favor firmar el consentimiento en ambos lugares si el padre/el tutor legal no está presente con el menor en la visita.

Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre		Sufijo (ej., Jr, III)		Edad		Fecha de nacimiento	
Domicilio		Ciudad		Estado		Código postal		Número de teléfono ()		Idioma principal ☐ inglés ☐ español ☐ lenguaje de señas americano ☐ otro	
Origen hispano ☐ Sí ☐ No		Raza ☐ indio americano/Nativo de Alaska ☐ asiático ☐ negro/afroamericano ☐ nativo de Hawái/otra isla del Pacifico ☐ blanco ☐ otro		Estado civil ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ divorciado/a ☐ Viudo/a ☐ Separado/a legalmente ☐ Desconocido/a							
Género ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Otro		País de nacimiento		¿Podemos comunicarnos con usted? ☐ Sí, en la dirección proporcionada ☐ No							

Si el cliente tiene menor de 18 años, por favor complete la información del tutor.

Relación del tutor con el cliente: ☐ Padre ☐ Madre ☐ Tutor legal ☐ Otro		Nombre del tutor (apellido, nombre)	
---	--	-------------------------------------	--

Información de seguro médico y ingresos del hogar					
¿El cliente tiene seguro de salud? ☐ Sí ☐ No		Ingreso de hogar anual \$		Número de personas sustentadas por los ingresos	
☐ SoonerCare/Medicaid	Número de SoonerCare/Medicaid	Nombre y apellido del miembro tal como aparece en la póliza o tarjeta		Nombre de soltera de la madre	
☐ Seguro privado	Compañía de seguro primario y EDI/ID (por sus siglas en inglés) del pagador	Asegurado/a	Nombre del miembro Relación a asegurado/a:	Identificación de miembro	Número del grupo
	Compañía de seguro secundario y EDI/ID del pagador	Asegurado/a	Nombre del miembro Relación a asegurado/a:	Identificación de miembro	Número del grupo
☐ Medicare	¿Tiene Medicare Parte B? ☐ Sí ☐ No	¿Es Medicare su seguro primario? ☐ Sí ☐ No		Número de Medicare	

Consentimiento para servicio

Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para los servicios que solicito del Departamento de Salud del Estado de Oklahoma (OSDH, por sus siglas en inglés) y sus entidades/contratistas. Entiendo que se me explicarán los riesgos y beneficios de estos servicios y que tendré la oportunidad de hacer preguntas. También entiendo que:

- La información sobre mi y los servicios que recibo se ingresará en los sistemas de información de administración de OSDH y se puede usar para fines de evaluación, administración y facturación del programa.
- No se me negará el servicio debido a mi incapacidad para pagar.
- Puedo rechazar el servicio en cualquier momento.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE PAGOS DE TERCEROS: En última instancia, es responsabilidad del cliente conocer su cobertura y beneficios. Usted puede ser responsable de cualquier monto no cubierto por su seguro. Si su compañía de seguros rechaza cualquier parte de su reclamo, o si elige continuar con los servicios después de su período de cobertura/póliza, es posible que usted será responsable de su saldo en su totalidad.

- Autorizo a la OSDH a proporcionar información a mi(s) compañía(s) de seguros con respecto a mi atención médica.
- Autorizo a mi(s) aseguradora(s) a pagar cualquier beneficio directamente a OSDH. Entiendo que cualquier monto restante después de que mi compañía de seguros haya realizado dicho pago se convierte en mi responsabilidad.

- He leído la política anterior con respecto a mi responsabilidad financiera con OSDH por proporcionarme servicios médicos a mí o al paciente mencionado anteriormente. Certifico que la información es, a mi leal saber y entender, verdadera y precisa.

- Reconozco que he recibido una copia de la Declaración de Privacidad del Departamento de Salud del Estado de Oklahoma según lo exige la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de la Información de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés). También puedo encontrar una copia en el sitio web de la agencia.

Firma del cliente/tutor: _____ Fecha: _____

*Clientes menores de 18 años sin la presencia de un padre o tutor:

Doy mi consentimiento para mi hijo/pupilo para recibir las vacunas recomendadas por el proveedor hoy, sin mi presencia, y entiendo que si mi hijo no coopera, no se administrarán vacunas. En caso de emergencia, se le pueden dar medicamentos de emergencia y/o oxígeno a mi hijo.

Parent/Guardian Signature: _____

Date: _____

Client Name: _____
 Client DOB (MM/DD/YYYY): _____
 Date of Service: _____

Client Name: _____
 Client DOB (MM/DD/YYYY): _____
 Date of Service: _____

Client Name: _____
 Client DOB (MM/DD/YYYY): _____
 Date of Service: _____

PARA USO DE LA OFICINA/OFFICE USE ONLY – DO NOT WRITE BELOW

PARA USO DE LA OFICINA/OFFICE USE ONLY – DO NOT WRITE BELOW									
VACCINE NAME: Lot #: Exp. Date:		Site:		VIS given? Reaction?		Y N Y N		Provider Signature:	
VACCINE NAME: Lot #: Exp. Date:		Site:		VIS given? Reaction?		Y N Y N		Provider Signature:	
VACCINE NAME: Lot #: Exp. Date:		Site:		VIS given? Reaction?		Y N Y N		Provider Signature:	
VACCINE NAME: Lot #: Exp. Date:		Site:		VIS given? Reaction?		Y N Y N		Provider Signature:	
VACCINE NAME: Lot #: Exp. Date:		Site:		VIS given? Reaction?		Y N Y N		Provider Signature:	
VACCINE NAME: Lot #: Exp. Date:		Site:		VIS given? Reaction?		Y N Y N		Provider Signature:	
VACCINE NAME: Lot #: Exp. Date:		Site:		VIS given? Reaction?		Y N Y N		Provider Signature:	
(Circle one) JSN / MOD / MOD 6mo / MOD 6-11yr / PFR / PFR 6mo / PFR 5-11yr / NIVX Lot #: Exp. Date:		Site:		EUA/VIS given? Reaction?		Y N Y N		Provider Signature:	
0 – P.O.		1 – RT VAST LAT IM		2 – LT VAST LAT IM		3 – LT DELTOID IM		4 – RT DELTOID IM	
8 – LT GLUTEUS IM		9 – OTHER		10 – RT LEG		11 – LT LEG		12 – RT DELT REG ID	
16 – RT LOW FOREARM ID		17 – LT FOREARM ID		18 – LT LOW FOREARM ID		13 – LT DELT REG ID		5 – RT UPPER ARM SQ	
								6 – LT UPPER ARM SQ	
								7 – RT GLUTEUS IM	
								14 – NASAL	
								15 – RT FOREARM ID	

Immunizations BCD for **Monkeypox Vaccine only** ---- Jynneos SDV/MDV _____ (Service Code ID 3289)
(Provider initials)

Cuestionario de contraindicaciones para vacunación de niños y adolescentes

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento ____/____/____
mes día año

A los padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas le podremos administrar a su hijo hoy. Si responde "sí" a alguna pregunta, no necesariamente significa que no se debe vacunar a su hijo. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, solicítele a su proveedor de atención médica que se la explique.

	sí	no	no sé
1. ¿El niño está enfermo hoy?	☐	☐	☐
2. ¿El niño es alérgico a algún medicamento, alimento, componente de vacunas o al látex?	☐	☐	☐
3. ¿El niño ha tenido alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?	☐	☐	☐
4. ¿El niño tiene algún problema de salud crónico en los pulmones, el corazón o los riñones, o sufre de enfermedad metabólica (p. ej., diabetes), asma, un trastorno de la sangre, no tiene bazo, tiene deficiencia de componentes del complemento, un implante coclear o derrame de líquido cefalorraquídeo? ¿Está en terapia de aspirina a largo plazo?	☐	☐	☐
5. Si el niño que va a ser vacunado tiene entre 2 y 4 años, ¿le ha dicho algún proveedor de atención médica que el niño tuvo sibilancia o asma en los últimos 12 meses?	☐	☐	☐
6. Si el niño es un bebé, ¿le han dicho alguna vez que tuvo intususcepción?	☐	☐	☐
7. ¿El niño, uno de sus hermanos o uno de sus padres ha tenido convulsiones; o el niño ha tenido problemas cerebrales o algún otro problema del sistema nervioso?	☐	☐	☐
8. ¿El niño o un miembro de su familia tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario?	☐	☐	☐
9. ¿Uno de los padres, hermanos o hermanas del niño tiene algún problema en su sistema inmunitario?	☐	☐	☐
10. ¿En los últimos 3 meses, el niño ha tomado medicamentos que afectan el sistema inmunitario, tales como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis, o tuvo tratamientos de radiación?	☐	☐	☐
11. Durante el año pasado, ¿el niño recibió una transfusión de sangre o de productos sanguíneos, o se le administró inmunoglobulina, gammaglobulina o algún medicamento antiviral?	☐	☐	☐
12. ¿La niña/adolescente está embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	☐	☐	☐
13. ¿Se le aplicó alguna vacuna al niño en las últimas 4 semanas?	☐	☐	☐

¿Trajo su cartilla de vacunación consigo?

sí ☐

no ☐

Es importante que tenga un registro personal de las vacunas de su hijo. Si no lo tiene, pídale al proveedor de atención médica de su hijo que le dé uno con todas las vacunas de su hijo. Guárdelo en un lugar seguro y llévalo con usted todas las veces que busque atención médica para su hijo. Su hijo necesitará este documento para ingresar a la guardería o a la escuela, para obtener empleo o para viajar al extranjero.

FORMA LLENADA POR _____ FECHA _____

Para Uso de la Oficina Únicamente – Por Favor No Escriba Abajo

Circle vaccine(s) given today.

HepA HepB Hib HPV IPV Meningococcal MMR Pneumococcal Rotavirus Td Tdap Varicella Zostavax Other _____

Provider signature _____ Date _____



Saint Paul, Minnesota • 651-647-9009 • www.immunize.org • www.vaccineinformation.org

www.immunize.org/catg.d/p4060-01.pdf • Item #P4060-01 Spanish (6/20)

ODH 1048A (rev 8/4/2022)

OSDH/CHS/Nursing

Screening Checklist for Contraindications to Vaccines for Children and Teens

Information for Healthcare Professionals about the Screening Checklist for Contraindications to Vaccines (Children and Teens)

*Are you interested in knowing why we included a certain question on the screening checklist? If so, read the information below. If you want to find out even more, consult the references in **Notes** below.*

NOTE: For supporting documentation on the answers given below, go to the specific ACIP vaccine recommendation found at the following website: www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html

NOTE: For summary information on contraindications and precautions to vaccines, go to the ACIP's General Best Practice Guidelines for Immunization at www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html

1. Is the child sick today? [all vaccines]

There is no evidence that acute illness reduces vaccine efficacy or increases vaccine adverse events. However, as a precaution with moderate or severe acute illness, all vaccines should be delayed until the illness has improved. Mild illnesses (such as otitis media, upper respiratory infections, and diarrhea) are NOT contraindications to vaccination. Do not withhold vaccination if a person is taking antibiotics.

2. Does the child have allergies to medications, food, a vaccine component, or latex? [all vaccines]

An anaphylactic reaction to latex is a contraindication to vaccines that contain latex as a component or as part of the packaging (e.g., vial stoppers, prefilled syringe plungers, prefilled syringe caps). If a person has anaphylaxis after eating gelatin, do not administer vaccines containing gelatin. A local reaction to a prior vaccine dose or vaccine component, including latex, is not a contraindication to a subsequent dose or vaccine containing that component. For information on vaccines supplied in vials or syringes containing latex, see www.cdc.gov/vaccines-pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/latex-table.pdf; for an extensive list of vaccine components, see www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/excipient-table-2.pdf. People with egg allergy of any severity can receive any recommended influenza vaccine (i.e., any IIV, RIV, or LAIV) that is otherwise appropriate for the patient's age and health status. For people with a history of severe allergic reaction to egg involving any symptom other than hives (e.g., angioedema, respiratory distress), or who required epinephrine or another emergency medical intervention, the vaccine should be administered in a medical setting, such as a clinic, health department, or physician office. Vaccine administration should be supervised by a healthcare provider who is able to recognize and manage severe allergic conditions.

3. Has the child had a serious reaction to a vaccine in the past? [all vaccines]

History of anaphylactic reaction (see question 2) to a previous dose of vaccine or vaccine component is a contraindication for subsequent doses. History of encephalopathy within 7 days following DTP/DTaP is a contraindication for further doses of pertussis-containing vaccine. There are other adverse events that might have occurred following vaccination that constitute contraindications or precautions to future doses. Under normal circumstances, vaccines are deferred when a precaution is present. However, situations may arise when the benefit outweighs the risk (e.g., during a community pertussis outbreak).

4. Does the child have a long-term health problem with lung, heart, kidney, or metabolic disease (e.g., diabetes), asthma, a blood disorder, no spleen, complement component deficiency, a cochlear implant, or a spinal fluid leak? Is he/she on long-term aspirin therapy? [MMR, MMRV, LAIV, VAR]

A history of thrombocytopenia or thrombocytopenic purpura is a precaution to MMR and MMRV vaccines. The safety of LAIV in children and teens with lung, heart, kidney, or metabolic disease (e.g., diabetes), or a blood disorder has not been established. These conditions, including asthma in children ages 5 years and older, should be considered precautions for the use of LAIV. Children with functional or anatomic asplenia, complement deficiency, cochlear implant, or CSF leak should not receive LAIV. Children on long-term aspirin therapy should not be given LAIV; instead, they should be given IIV. Aspirin use is a precaution to VAR.

5. If the child to be vaccinated is 2 through 4 years of age, has a healthcare provider told you that the child had wheezing or asthma in the past 12 months? [LAIV]

Children ages 2 through 4 years who have had a wheezing episode within the past 12 months should not be given LAIV. Instead, these children should be given IIV.

6. If your child is a baby, have you ever been told that he or she has had intussusception? [Rotavirus]

Infants who have a history of intussusception (i.e., the telescoping of one portion of the intestine into another) should not be given rotavirus vaccine.

7. Has the child, a sibling, or a parent had a seizure; has the child had brain or other nervous system problem? [DTaP, Td, Tdap, IIV, LAIV, MMRV]

DTaP and Tdap are contraindicated in children who have a history of encephalopathy within 7 days following DTP/DTaP. An unstable progressive neurologic problem is a precaution to the use of DTaP and Tdap. For children with stable neurologic disorders (including seizures) unrelated to vaccination, or for children with a family history of seizures, vaccinate as usual (exception: children with a personal or family [i.e., parent or sibling] history of seizures generally should not be vaccinated with MMRV; they should receive separate MMR and VAR vaccines). A history of Guillain-Barré syndrome (GBS) is a consideration with the following:

- 1) Td/Tdap: if GBS has occurred within 6 weeks of a tetanus-containing vaccine and decision is made to continue vaccination, give Tdap instead of Td if no history of prior Tdap;
- 2) Influenza vaccine (IIV or LAIV): if GBS has occurred within 6 weeks of a prior influenza vaccination, vaccinate with IIV if at high risk for severe influenza complications.

8. Does the child have cancer, leukemia, HIV/AIDS, or any other immune system problem? [LAIV, MMR, MMRV, RV, VAR]

Live virus vaccines (e.g., MMR, MMRV, VAR, RV, LAIV) are usually contraindicated in immunocompromised children. However, there are exceptions. For example, MMR is recommended for asymptomatic HIV-infected children who do not have evidence of severe immunosuppression. Likewise, VAR should be considered for HIV-infected children age 12 months through 8 years with age-specific CD4+ T-lymphocyte percentage at 15% or greater, or for children age 9 years or older with CD4+ T-lymphocyte counts of greater than or equal to 200 cell/ μ L. VAR should be administered (if indicated) to persons with isolated humoral immunodeficiency. Immunosuppressed children should not receive LAIV. Infants who have been diagnosed with severe combined immunodeficiency (SCID) should not be given a live virus vaccine, including RV. Other forms of immunosuppression are a precaution, not a contraindication, to RV. For details, consult ACIP recommendations (see references in Notes above).

9. Does the child have a parent, brother, or sister with an immune system problem? [MMR, MMRV, VAR]

MMR, VAR, and MMRV vaccines should not be given to a child or teen with a family history of congenital or hereditary immunodeficiency in first-degree relatives (i.e., parents, siblings) unless the immune competence of the potential vaccine recipient has been clinically substantiated or verified by a laboratory.

10. In the past 3 months, has the child taken medications that affect the immune system such as prednisone, other steroids, or anticancer drugs; drugs for the treatment of rheumatoid arthritis, Crohn's disease, or psoriasis; or had radiation treatments? [LAIV, MMR, MMRV, VAR]

Live virus vaccines (e.g., LAIV, MMR, MMRV, VAR) should be postponed until after chemotherapy or long-term high-dose steroid therapy has ended. For details and length of time to postpone, consult the ACIP statement. Some immune mediator and immune modulator drugs (especially the antitumor-necrosis factor agents adalimumab, infliximab, and etanercept) may be immunosuppressive. A comprehensive list of immunosuppressive immune modulators is available in CDC Health Information for International Travel (the "Yellow Book") available at wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2020/travelers-with-additional-considerations/immunocompromised-travelers. The use of live vaccines should be avoided in persons taking these drugs. To find specific vaccination schedules for stem cell transplant (bone marrow transplant) patients, see General Best Practice Guidelines for Immunization (referenced in Notes above). LAIV, when recommended, can be given only to healthy non-pregnant people ages 2 through 49 years.

11. In the past year, has the child received a transfusion of blood or blood products, or been given immune (gamma) globulin or an antiviral drug? [MMR, MMRV, VAR]

Certain live virus vaccines (e.g., MMR, MMRV, VAR) may need to be deferred, depending on several variables. Consult the most current ACIP recommendations (referenced in Notes above) for the most current information on intervals between antiviral drugs, immune globulin or blood product administration and live virus vaccines.

12. Is the child/teen pregnant or is there a chance she could become pregnant during the next month? [HPV, IPV, LAIV, MenB, MMR, MMRV, VAR]

Live virus vaccines (e.g., MMR, MMRV, VAR, LAIV) are contraindicated one month before and during pregnancy because of the theoretical risk of virus transmission to the fetus. Sexually active young women who receive a live virus vaccine should be instructed to practice careful contraception for one month following receipt of the vaccine. On theoretical grounds, IPV and MenB should not be given during pregnancy; however, it may be given if there is a risk of exposure. IIV and Tdap are both recommended during pregnancy. HPV vaccine is not recommended during pregnancy.

13. Has the child received vaccinations in the past 4 weeks? [LAIV, MMR, MMRV, VAR, yellow fever]

Children who were given either LAIV or an injectable live virus vaccine (e.g., MMR, MMRV, VAR, yellow fever) should wait 28 days before receiving another vaccination of this type (30 days for yellow fever vaccine). Inactivated vaccines may be given at the same time or at any spacing interval.

VACCINE ABBREVIATIONS

LAIV = Live attenuated influenza vaccine	RIV = Recombinant influenza vaccine
HPV = Human papillomavirus vaccine	RV = Rotavirus vaccine
IIV = Inactivated influenza vaccine	Td/Tdap = Tetanus, diphtheria, (acellular pertussis) vaccine
IPV = Inactivated poliovirus vaccine	VAR = Varicella vaccine
MMR = Measles, mumps, and rubella vaccine	
MMRV = MMR+VAR vaccine	

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA

Vacuna Tdap (tétanos, difteria, tos ferina): *Lo que necesita saber*

Many vaccine information statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

Están disponibles hojas de información sobre vacunas en español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.org/vis

1. ¿Por qué es necesario vacunarse?

La vacuna contra Tdap puede prevenir el tétanos, la difteria y la tos ferina (tetanus, diphtheria and pertussis, Tdap).

La difteria y la tos ferina se contagian de persona a persona. El tétanos entra en el cuerpo a través de cortes o heridas.

- El **TÉTANOS (T)** causa rigidez dolorosa de los músculos. El tétanos puede causar problemas graves de salud, como incapacidad para abrir la boca, dificultad para tragar y respirar o la muerte.
- La **DIFTERIA (D)** puede causar dificultad para respirar, insuficiencia cardíaca, parálisis o muerte.
- La **TOS FERINA (aP)**, también conocida como “coqueluche”, puede causar tos violenta e incontrolable que dificulta respirar, comer o beber. La tos ferina puede ser extremadamente grave, especialmente en bebés y niños pequeños, y causar neumonía, convulsiones, daño cerebral o muerte. En adolescentes y adultos, puede causar pérdida de peso, pérdida de control de la vejiga, desmayo y fracturas de costillas por la tos intensa.

2. Vacuna Tdap

La vacuna Tdap es solo para niños de 7 años o más, adolescentes y adultos.

Los **adolescentes** deben recibir una sola dosis de la vacuna Tdap, de preferencia a los 11 o 12 años.

Las **embarazadas** deben recibir una dosis de Tdap durante cada embarazo, de preferencia en la primera parte del tercer trimestre, como ayuda para proteger al recién nacido contra la tos ferina. Los lactantes están en mayor riesgo de tener complicaciones graves y potencialmente mortales de la tos ferina.

Los **adultos** que no han recibido la vacuna Tdap deben recibir una dosis de la vacuna Tdap.

Además, los **adultos deben recibir una dosis de refuerzo de las vacunas Tdap o Td** (otra vacuna, que protege contra el tétanos y difteria, no contra la tos ferina) **cada 10 años**, o después de 5 años en el caso de una herida o quemadura grave o contaminada.

Las vacunas Tdap o Td se pueden aplicar 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 cualquier vacuna que proteja contra el tétanos, difteria o tos ferina**, o si ha tenido cualquier **alergia severa y potencialmente mortal**
- Ha tenido **coma, disminución del nivel de consciencia o convulsiones prolongadas en los 7 días posteriores a una dosis previa de cualquier vacuna contra la tos ferina (DTP, DTaP o Tdap)**
- Tiene **convulsiones u otro problema del sistema nervioso**
- Alguna vez ha tenido el **Guillain-Barré Syndrome** (también llamado “GBS”)
- Ha tenido **dolor intenso o hinchazón después de una dosis previa de cualquier vacuna que proteja contra el tétanos o la difteria**

En algunos casos, su proveedor de atención médica podría decidir que se posponga la vacuna Tdap 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 antes de recibir la vacuna Tdap.

Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.

4. Riesgos de una reacción a la vacuna

- A veces ocurren dolor, enrojecimiento o hinchazón en el sitio donde se administró la inyección, fiebre leve, dolor de cabeza, sensación de cansancio, náusea, vómito, diarrea o dolor estomacal después de recibir la vacuna Tdap.

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

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 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.
- 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.

Spanish translation provided by the Immunization Action Coalition

Vaccine Information Statement

Tdap (Tetanus, Diphtheria, Pertussis) Vaccine

42 U.S.C. § 300aa-26

8/6/2021

OFFICE
USE
ONLY

