



Bringing quality healthcare to Nevada's communities

INFORMACIÓN IMPORTANTE

A partir de julio de 2022, todos los estudiantes de 12.º grado que se inscriban en escuelas públicas, privadas y chárter de Nevada, deben recibir una dosis de la vacuna **MCV4** cuando cumplan 16 años de edad o después.

Estimado/a padre/madre o tutor:

Nevada Health Centers (NVHC) estará en la escuela de su hijo el miércoles 6 de abril de 2022 para dar la vacuna antimeningocócica, más conocida como la vacuna **Men ACWY**. Esta vacuna protege contra cuatro cepas de la bacteria meningocócica (A, C, W e Y) que causan meningitis y envenenamiento de la sangre (septicemia). Esta vacuna es segura y está en el mercado desde 2005. Enfermeros registrados de NVHC estarán en el lugar para administrar la vacuna a su hijo.

Si quiere que sus hijos reciban la vacuna Men ACWY, complete y firme el formulario de consentimiento adjunto para cada niño que deba recibir la vacuna. Escriba claramente en letra de molde e incluya la información del seguro médico (si está disponible) y adjunte una copia de la tarjeta de seguro del niño. Facturaremos la vacuna a la mayoría de las compañías de seguros. No le negaremos la vacunación a ningún niño, independientemente de su capacidad de pago.

Además, lea la *Declaración de información sobre vacunas* adjunta. También puede visitar el sitio web de los CDC en <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/mening.html>

Yo, _____ **doy mi permiso para administrar**
(Nombre del padre/madre o tutor, en letra de molde)

a mi hijo, _____ **la vacuna Men ACWY.**
(Nombre completo del niño, en letra de molde)

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Gracias, y si tiene alguna pregunta, comuníquese con:

Tamara Baumann APRN, CNM, MS
Directora de Servicios Clínicos
Nevada Health Centers
Carson City Administration Office/Clinical
Directo: 775.888.6650 ext. 1144
Celular: 775.720-8785
tbaumann@nvhealthcenters.org

Sheila Story, MSN, MPH, RN
Jefe de enfermeros/Escuela de enfermería
Carson High School
Carson City School District
Oficina: 775.283.1675
Fax: 775.283.1612
sstory@carson.k12.nv.us



Nevada Health Centers, Inc.
Permiso para Vacunación y Forma de Información
 (Vaccine Consent and Information Forms)

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
 Dirección: _____ Apto # _____ Sexo: M / F
 Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____ Teléfono: (____) _____
 Seguro Principal: _____ Titular de la póliza: _____ Fecha de Nacimiento _____
 Relación al paciente: _____ No. De identificación de la póliza _____ Grupo # _____
 Dirección de la compañía de seguro: _____
 Nombre de Seguro: _____ Nombre de su Trabajo: _____
 Teléfono de Trabajo: (____) _____ Dirección de su empleo: _____
 Contacto de Emergencia: _____ Parentesco: _____ No. de Tele: (____) _____

Persona Responsable (Nombre de la persona que es responsable para pagar la cuenta)

Nombre: _____ Parentesco: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M / F
 Dirección si es diferente: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

¿A que grupo étnico cree usted que pertenece?: <input type="checkbox"/> Indio-Americano <input type="checkbox"/> Africano-Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/>	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano
Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> No quiero reportar	<input type="checkbox"/> No Hispano
Veterano: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Ingreso Anual: (Necesitamos la información para estadísticas) <input type="checkbox"/> No quiero reportar	¿Cuántas personas viven en su hogar? _____
<input type="checkbox"/> \$24,000 or less <input type="checkbox"/> \$25,000 to \$49,999 <input type="checkbox"/> \$50,000 to \$74,999 <input type="checkbox"/> \$75,000 to \$99,999 <input type="checkbox"/> \$100,000 o más	

Declaración del Paciente:

Me han dado la información del la CDC sobre las vacunas. He tenido la oportunidad de hacer preguntas cuales fueron contestadas a mi satisfacción. Creo que entiendo las ventajas y los riesgos de las vacunas y solicito que estas sean administradas a mí o a la persona nombrada abajo por la cual me autorizan a hacer esta petición.

Por este medio me someto voluntariamente a ser vacunado. Además consiento a que el personal medico y sus asistentes me sometan a los exámenes y procedimientos necesarios. Yo accedo a que se divulguen mis datos médicos incluyendo esos relacionados a vacunación a mi compañía de seguro medico. Yo le asigno que los pagos de seguro sean hechos a Nevada Health Centers, Inc. Esta autorización y asignación puede ser revocada por escrito por mí en cualquier momento.

Yo, entiendo que mis vacunas serán registradas en el registro de inmunización de estado, Nevada WebIZ. Yo, entiendo que si durante del curso de mi evaluación clínica no pueda recibir las vacuna (s) requeridas.

 Firma de la persona recibiendo la vacuna o su agente

 Fecha

Consentimiento Para dar Tratamiento Médico a Un Menor de Edad

LA PERSONA QUE FIRMA, CON AUTORIDAD COMPLETA SIENDO Padres Responsable Legal autoriza por medio de este consentimiento a Nevada Health Centers, Inc. para que proporcione los servicios médicos necesarios a _____, (nombre del paciente) quien es menor de edad.

Al dar este consentimiento, la persona que firma este documento asume la responsabilidad legal por la decisión de proporcionar los servicios médicos necesarios y puede presentar verificación escrito, de que cuenta con tal autoridad.

Yo no soy el responsable legal pero los padres no están disponibles por la siguiente razón. La situación es: _____

 Firma de persona autorizada Nombre y Apellido Fecha
 Su información médica es privada. Usted tiene derecho a una copia de nuestras reglas de privacidad bajo el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Cuestionario de contraindicaciones para las vacunas HPV, MenACWY, MenB y Tdap para adolescentes

SU NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____
mes día año

Para los padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si las vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH), meningocócica conjugada (MenACWY), meningocócica serogrupo B (MenB) y tétanos, difteria y pertusis acelular (Tdap) se pueden dar a su adolescente hoy. Si contesta que “sí” a alguna de las preguntas, no necesariamente significa que su adolescente no debería vacunarse. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, pida a su profesional de la salud que se la explique.

	sí	no	no sabe
1. ¿Su adolescente está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Su adolescente es alérgico a un componente de la vacuna o al látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Su adolescente ha tenido una reacción grave a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Su adolescente ha tenido problemas del cerebro u otros problemas del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Para mujeres: ¿Su adolescente está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMULARIO LLENADO POR _____ FECHA _____

FORMULARIO REVISADO POR _____ FECHA _____

¿Trajo el comprobante de vacunación de su adolescente hoy? sí no

Es importante tener un comprobante personal de las vacunas de su adolescente. Si no tiene uno, pídale al profesional de la salud de su adolescente que le dé uno con todas las vacunas que recibió. Guárdelo en un lugar seguro y no se olvide de llevarlo cada vez que su adolescente obtenga atención médica. Su adolescente probablemente necesite este documento para entrar a la escuela o universidad, para obtener empleo o para viajar al extranjero.

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

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 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.

Spanish translation provided by the Immunization Action Coalition

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 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 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.

