HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE VACUNAS

Vacuna contra la influenza

Lo que necesita saber

(Vacuna contra la influenza con virus vivos, intranasal)

2014-2015

Many Vaccine Information Statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

Muchas de las declaraciones informativas sobre vacunas están disponibles en español y otros idiomas. Consulte www.immunize.org/vis.

1 ¿Por qué es necesario vacunarse?

La influenza es una enfermedad contagiosa que se propaga a lo largo de los Estados Unidos cada invierno, generalmente, entre octubre y mayo.

La influenza es causada por los virus de la influenza y se transmite principalmente al toser, estornudar y mediante un contacto cercano.

Todas las personas pueden contraer influenza, pero el riesgo de contraerla es mayor en los niños. Los síntomas se presentan de forma repentina y pueden durar varios días. Estos pueden incluir los siguientes:

- fiebre/escalofríos
- dolor de garganta
- dolores musculares
- fatiga
- tos
- dolor de cabeza
- rinorrea o congestión nasal

La influenza puede afectar a algunas personas mucho más que a otras. Entre estas se incluyen los niños pequeños, las personas mayores de 65 años, las mujeres embarazadas y las personas con ciertas afecciones de salud, como enfermedades cardíacas, pulmonares o renales, trastornos del sistema nervioso o un sistema inmunitario debilitado. La vacunación contra la influenza es especialmente importante para estas personas y para todas las que están en contacto cercano con ellas.

La influenza también puede provocar neumonía y empeorar las afecciones médicas existentes. En los niños, puede causar diarrea y convulsiones.

Cada año, **miles de personas mueren por influenza en los Estados Unidos**, y muchas más son hospitalizadas.

La **vacuna contra la influenza** es la mejor protección contra la influenza y sus complicaciones. La vacuna contra la influenza también ayuda a prevenir el contagio de la influenza de persona a persona.

2 Vacuna contra la influenza con virus vivos, atenuada: LAIV, aerosol nasal

Usted recibirá una **vacuna contra la influenza con virus vivos, atenuada** (live, attenuated influenza vaccine, LAIV), que se aplica por vía nasal en forma de aerosol. "Atenuada" significa debilitada. Los virus de la vacuna han sido debilitados de modo que no le provocarán influenza.

Existen otras vacunas "inactivadas" y "recombinantes" contra la influenza que no contienen virus vivos. Estas "vacunas contra la influenza" se aplican mediante inyección con una aguja.

Las vacunas contra la influenza inyectables se describen en una Hoja de información sobre vacunas por separado.

Se recomienda vacunarse contra la influenza una vez al año. Algunos niños de entre 6 meses y 8 años de edad podrían necesitar dos dosis al año.

Los virus de la influenza cambian constantemente. La vacuna contra la influenza anual se fabrica para proteger contra los virus que probablemente causen la enfermedad ese año. La vacuna LAIV protege contra 4 virus diferentes de la influenza. Si bien la vacuna contra la influenza no puede prevenir todos los casos de influenza, es la mejor defensa contra la enfermedad.

Luego de la vacunación, la protección demora unas 2 semanas en desarrollarse y dura entre varios meses a un año.

Algunas enfermedades que **no** son causadas por el virus de la influenza suelen confundirse con influenza. La vacuna contra la influenza no previene estas enfermedades. Solo puede prevenir la influenza.

La vacuna LAIV puede aplicarse a personas de entre **2 y 49 años**. Puede aplicarse de forma segura al mismo tiempo que otras vacunas.

La vacuna LAIV no contiene timerosal ni otros conservantes.

3 Algunas personas no deben recibir esta vacuna

Informe lo siguiente a la persona que le aplique la vacuna:

- **Si tiene alguna alergia severa que representa un riesgo para la vida**, incluida, por ejemplo, una alergia a la gelatina o a los antibióticos. Si alguna vez tuvo una reacción alérgica que representa un riesgo para la vida después de haber recibido una dosis de la vacuna contra la influenza o si tiene una alergia severa a cualquier parte de esta vacuna, no debe aplicarse la vacuna.
- **Si alguna vez tuvo el síndrome de Guillain-Barré (Guillain-Barré Syndrome, GBS)** (una enfermedad severa que causa parálisis). Algunas personas con antecedentes de GBS no deben recibir esta vacuna. Esto debe ser analizado con su médico.
- **Si tiene problemas de salud crónicos**, como determinados problemas cardíacos, respiratorios, renales, hepáticos o del sistema nervioso, su médico puede ayudarlo a decidir si debe recibir la vacuna LAIV.

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

Preguntas requeridos sobre las Vacunas & Salud — Tiene que ser respondidas todas las preguntas para que su niño a ser inmunizados

1	Este niño ha sido diagnosticado con asma?	SÍ	NO
	If sí, fecha del último tratamiento: _____		
	Ha sido el inhalador usado una o más veces en el último mes?	SÍ	NO
2	Este niño ha tenido una reacción alérgica severa o vida amenazante a la vacuna contra la gripe?	SÍ	NO
3	Este niño tiene cualquiera de los siguientes:		
	Diabetes u otros trastornos metabólicos	SÍ	NO
	Trastornos o enfermedades del corazón	SÍ	NO
	Enfermedad del riñón o trastornos	SÍ	NO
	Trastornos o enfermedad de la sangre	SÍ	NO
4	Es alérgico a los componentes de la vacuna este niño tales como: eggs, gentamicin sulfate, or MSG?	SÍ	NO
5	Es esta niña embarazada o lactante?	SÍ	NO
6	Este niño ha tenido síndrome de Guillain-Barré?	SÍ	NO
7	Es este niño en tratamiento con aspirina a largo plazo?	SÍ	NO
8	Este niño viven o espera tener contacto cercano con una persona cuyo sistema inmunitario está seriamente comprometida y debe estar en un entorno de aislamiento protector?	SÍ	NO
9	A este niño tome medicamentos que reducen la resistencia del cuerpo a la infección?	SÍ	NO
10	Este niño ha recibido una vacuna MMR o la varicela en los últimos 30 días?	SÍ	NO

Los antecedentes serán revisados por profesionales médicos con licencia. Ciertas condiciones requerirá su niño sea la vacuna por su proveedor de atención médica regular. La seguridad del niño es nuestra principal preocupación.

Adicional Preguntas

A	Esta es la primera vez que este niño será vacunado para la gripe?	SÍ	NO
B	Vacunaron por primera vez el año pasado a esta gripe infantil? If sí, how many doses?	SÍ	NO
C	Este niño ha recibido alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas?	SÍ	NO
	If sí, que vacuna(s)?		

Nombre del estudiante: (por favor imprima) _____

Soy consciente de que el receptor de esta vacuna no está actualmente embarazado y no debe quedar embarazado dentro de cuatro semanas de recibir esta vacuna. He leído la información sobre la vacuna y precauciones especiales en la hoja informativa de la vacuna. Soy consciente que puedo localizar la declaración de información de vacuna más actual y otra información en www.immunize.org o www.cdc.gov. He tenido la oportunidad de hacer preguntas relacionadas con la vacuna y entender los riesgos y beneficios. Solicito y voluntariamente su consentimiento para que la vacuna a la persona mencionados de quien soy el padre o tutor legal y tener autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre. Reconozco que no se han hecho garantías sobre el éxito de la vacuna. Por la presente libero el sistema escolar, HNH Immunizations, Inc. & subsidiaries, la clínica de salud de la familia de Union Springs, escuelas afiliadas de enfermería, sus directores y empleados de toda responsabilidad derivada de cualquier accidente o acto de omisión que se presenta durante la vacunación. Entiendo que esta autorización es válida por 6 meses y que hará que la escuela consciente de cualquier cambio de salud antes de la fecha de la clínica de vacunación. Fechas de clínica pueden ser obtenidas en la escuela. Entiendo que la salud relacionados con la información en este formulario será utilizada para propósitos de facturación seguro y su privacidad será protegida.

Las vacunas no pueden darse sin firma del padre o tutor

_____ Firma del Padre o tutor

_____ Fecha

For Administrative Use Only

Clinic Loc:	Date of Clinic:	Cash	Check
Vaccine Lot & Expiration Date:		DB:	
RPh:	RN:	Filed:	
VIS CDC LAIV 8/19/2014	0.2mL Intranasal	PDF:	
Vaccine: FluMist Quadrivalent	Manufacturer: MedImmune	Other:	

POR FAVOR, CONTESTE CADA PREGUNTA

POR FAVOR, CONTESTE CADA PREGUNTA

POR FAVOR, CONTESTE CADA PREGUNTA