

American Academy of Pediatrics



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITAS MÉDICAS DE 11 HASTA 14 AÑOS PARA PADRES

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 le 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 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

Marque todos los elementos que usted siente que son verdaderos para su hijo.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mi hija hace cosas que la ayudan a llevar un estilo de vida saludable, como comer alimentos saludables, estar físicamente activa y mantenerse segura. | <input type="checkbox"/> Mi hijo ayuda a otros por sí mismo o trabajando con un grupo en la escuela, una organización basada en la fe o la comunidad. |
| <input type="checkbox"/> Mi hijo tiene por lo menos un adulto en su vida que se preocupa por él y sabe que puede acudir si necesita ayuda. | <input type="checkbox"/> Mi hija es capaz de recuperarse cuando las cosas no salen como ella quiere. |
| <input type="checkbox"/> Mi hija tiene al menos un amigo o un grupo de amigos con los que se siente cómoda. | <input type="checkbox"/> Mi hijo se siente esperanzado y seguro de sí mismo. |
| | <input type="checkbox"/> Mi hijo se está volviendo más independiente y está tomando más decisiones por su cuenta a medida que crece. |

VISITAS MÉDICAS DE 11 HASTA 14 AÑOS PARA PADRES

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
	¿Le han diagnosticado a su hijo alguna vez anemia ferropénica?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su familia alguna vez se esfuerza por poner comida en la mesa?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	Si tiene una hija , ¿tiene sangrado menstrual excesivo u otra pérdida de sangre?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	Si tiene una hija , ¿su periodo menstrual dura más de 5 días?	<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
Audición	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo escucha su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Salud bucal	¿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
Infecciones de transmisión sexual/VIH	Los adolescentes sexualmente activos corren el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. Los adolescentes que usan drogas inyectables están en riesgo de contraer el VIH. ¿Le preocupa que su hijo adolescente pueda estar en riesgo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Tuberculosis	¿Su hijo está infectado con VIH?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿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
Visión	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su hijo tiene problemas con la visión de cerca o de lejos?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su hijo no ha pasado alguna vez un examen de la vista en la escuela?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su hijo tiende a entrecerrar los ojos?	<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

Violencia interpersonal (peleas e intimidación)			
¿Hay informes frecuentes de violencia en su comunidad o escuela?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Está su hijo involucrado en algo relacionado con la violencia?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Cree usted que su hijo está seguro en el vecindario?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Su hijo se ha lesionado alguna vez en una pelea?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Su hijo ha sido intimidado o lastimado por otras personas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Su hijo ha intimidado o ha sido agresivo con otros?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Ha hablado con su hijo sobre la violencia en situaciones de citas y cómo estar seguro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No

VISITAS MÉDICAS DE 11 HASTA 14 AÑOS PARA PADRES

LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA (CONTINUACIÓN)

Condición de vida y seguridad alimenticia			
¿Le preocupa su situación de vivienda?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Tiene suficiente calefacción, agua caliente y electricidad?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene electrodomésticos que funcionan?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene problemas con insectos, roedores, o pintura o yeso descascarado?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
En los últimos 12 meses, ¿le preocupaba que se le acabaran los alimentos antes de tener dinero para comprar más?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<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"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Alcohol y drogas			
¿Hay alguien en la vida de su hijo sobre el que le preocupa el uso de alcohol o drogas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Relación con la familia y los compañeros			
¿Los miembros de la familia se llevan bien entre ellos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Se toma el tiempo para hablar con su hijo todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Su familia hace actividades junta?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Su hijo tiene tareas o responsabilidades en casa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Hay reglas y expectativas claras para su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Le hace saber a su hijo cuando hace algo bueno?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Relación con la comunidad			
¿Tiene su hijo intereses fuera de la escuela?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Ayuda su hijo a otros en casa, en la escuela o en su comunidad?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Desempeño escolar			
¿Su hijo llega a la escuela a tiempo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene su hijo algún problema en la escuela?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Su hijo hace la tarea a tiempo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Su hijo ha faltado más de 2 días a la escuela en algún mes?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Cómo sobrellevar el estrés y la toma de decisiones			
¿Su hijo se preocupa demasiado o parece demasiado ansioso?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Ha discutido formas de lidiar con el estrés?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Ayuda a su hijo a tomar decisiones y a resolver problemas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No

EL CRECIMIENTO Y LOS CAMBIOS DE SU HIJO

Dientes saludables			
¿Su hijo consulta al dentista regularmente?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene problemas para obtener cuidado dental?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Imagen corporal			
¿Tiene alguna preocupación sobre la nutrición, el peso o la actividad física de su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Habla su hijo sobre engordar o hacer dieta para bajar de peso?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Alimentación saludable			
¿Cree usted que su hijo come alimentos saludables?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene alguna dificultad para obtener alimentos saludables para su familia?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Tiene alguna preocupación sobre los hábitos alimenticios o la nutrición de su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Comen juntos en familia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No

VISITAS MÉDICAS DE 11 HASTA 14 AÑOS PARA PADRES

EL CRECIMIENTO Y LOS CAMBIOS DE SU HIJO (CONTINUACIÓN)

Actividad física y sueño			
¿Su hijo está físicamente activo por lo menos 1 hora al día? Esto incluye correr, practicar deportes o hacer actividades físicas con amigos.	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Existen oportunidades para jugar de manera segura al aire libre en su vecindario?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Usted y su hijo participan juntos en actividades físicas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Cuánto tiempo pasa su hijo al frente de la pantalla de forma recreativa cada día?	_____ horas		
¿Tiene su hijo un televisor, una computadora, una tableta o un smartphone en su habitación?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Tiene usted reglas sobre el tiempo que su hijo pasa frente a una pantalla?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿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"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Su hijo tiene una hora regular para acostarse?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No

EL BIENESTAR EMOCIONAL DE SU HIJO

Estado de ánimo y salud mental			
¿Su hijo está frecuentemente irritable?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Ha notado algún cambio en el peso o en los hábitos de sueño de su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Usted y su hijo a menudo tienen conflictos sobre lo que su cultura espera de su comportamiento y cómo se comportan sus amigos?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Tiene alguna preocupación sobre la salud emocional de su hijo, como estar frecuentemente triste o deprimido?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Sexualidad			
¿Han hablado usted y su hijo sobre cómo cambiará su cuerpo durante la pubertad?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tienes reglas de la casa sobre toques de queda, citas y amigos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No

ELEGIR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES

Actividad sexual			
¿Han hablado usted y su hijo sobre el sexo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Han hablado acerca de las maneras de lidiar con las presiones para tener relaciones sexuales?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Uso de sustancias			
¿Ha hablado con su hijo sobre el uso del alcohol y las drogas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Conoce a los amigos de su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Sabe dónde está su hijo y qué hace después de la escuela y los fines de semana?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene consecuencias para su hijo si descubre que consume tabaco, alcohol o drogas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Hasta donde usted sabe, ¿su hijo consume actualmente alcohol o drogas, o las ha usado en el pasado?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Trauma acústico			
¿Su hijo escucha a menudo música alta?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí

SEGURIDAD

Uso del cinturón de seguridad y del casco			
¿Siempre usa cinturón de seguridad sobre el regazo y el hombro y casco para la bicicleta?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Insiste usted en que su hijo use un cinturón de seguridad sobre el regazo y el hombro cuando está en un automóvil?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Insiste en que su hijo use un chaleco salvavidas cuando practica deportes acuáticos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Protección solar			
¿Su hijo usa protector solar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No

VISITAS MÉDICAS DE 11 HASTA 14 AÑOS PARA PADRES

SEGURIDAD (CONTINUACIÓN)

Seguridad de las armas			
¿Hay un arma en su casa o en las casas que visita su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Si es así, ¿el arma está descargada y guardada bajo llave?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<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"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Ha hablado con su hijo sobre la seguridad de las armas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<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>.



American Academy of Pediatrics



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITAS MÉDICAS DE 11 HASTA 14 AÑOS

PARA PACIENTES

Para brindarle la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo están. Nuestras conversaciones con usted son privadas. Esperamos que se sienta libre de hablar abiertamente con nosotros sobre usted y su salud. La información no se comparte con otras personas sin su permiso a menos que nos preocupe que alguien esté en peligro. **La evaluación de la depresión (desde los 12 años de edad) y la evaluación del consumo de tabaco, alcohol o drogas también son parte de esta visita.** Gracias por su tiempo.

¿SOBRE QUÉ QUIERE HABLAR HOY?

¿Tiene alguna inquietud, pregunta o problema sobre el que quiera hablar hoy? No Sí, describa:

CUÉNTENOS ACERCA DE USTED.

¿Qué es lo que más lo enorgullece de usted?

¿Hubo algún cambio importante reciente en la vida de su familia? No Sí, describa:

¿Algún familiar 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:

¿Vive con alguien que fuma o pasa tiempo en lugares donde se fuma o se consumen cigarrillos electrónicos? No Sí No estoy seguro/a

CRECER Y DESARROLLARSE

Marque todos los elementos que usted siente que son verdaderos para usted.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hago cosas que me ayudan a llevar un estilo de vida saludable, como comer alimentos saludables, estar físicamente activo y mantenerme seguro. | <input type="checkbox"/> Ayudo a otros. |
| <input type="checkbox"/> Tengo por lo menos un adulto en mi vida a quien sé que puedo acudir si necesito ayuda. | <input type="checkbox"/> Soy capaz de recuperarme cuando la vida no me acompaña. |
| <input type="checkbox"/> Tengo un amigo o un grupo de amigos con los que me siento cómodo de estar. | <input type="checkbox"/> Me siento esperanzado y confiado. |
| | <input type="checkbox"/> Me estoy volviendo más independiente y tomo más de mis propias decisiones. |

VISITAS MÉDICAS DE 11 HASTA 14 AÑOS PARA PACIENTES

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Anemia	¿Su dieta 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
	¿Come una dieta vegetariana (no come carne roja, pollo, pescado o mariscos)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	Si usted es vegetariano (no come carne roja, pollo, pescado o mariscos), ¿toma un suplemento de hierro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	Para niñas: ¿Tiene sangrado menstrual excesivo u otra pérdida de sangre?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	Para niñas: ¿Su período dura más de 5 días?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Dislipidemia	¿Fuma cigarrillos o usa cigarrillos electrónicos?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Visión	¿Le preocupa cómo ve?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

¿Cómo van las cosas para usted y su familia?

CÓMO LE ESTÁ YENDO

Violencia interpersonal (peleas e intimidación)			
¿Ha formado parte de una pandilla o grupo que se ha metido o podría meterse en problemas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Ha estado involucrado en una pelea en los últimos 6 meses?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Conoce a alguien en una pandilla?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Tiene maneras que le ayuden a lidiar con el enojo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Se siente seguro en casa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Ha sido intimidado en persona, en Internet o a través de las redes sociales alguna vez?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Ha estado en una relación con una persona que lo amenaza físicamente o lo lastima?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Alguna vez lo han tocado de una manera que lo ha hecho sentir incómodo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Alguien ha tocado sus partes íntimas sin su consentimiento o en contra de su voluntad?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Alguna vez ha sido forzado o presionado a hacer algo sexual que no quería hacer?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Relación con la familia y los compañeros			
¿Pasa tiempo hablando con sus padres todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Sus padres lo elogian cuando hace algo bueno o aprende algo nuevo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Se lleva bien con su familia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Su familia hace actividades junta?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Cuenta con un adulto con el que se siente conectado?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Hay reglas en casa y sabe lo que pasa cuando rompe las reglas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Relación con la comunidad			
¿Tiene actividades o cosas que le gusta hacer después de la escuela o los fines de semana?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Ayuda a otros en casa, en la escuela o en su comunidad?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Desempeño escolar			
¿Le va bien en la escuela?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene cosas que le gustan hacer en la escuela?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene algún problema en la escuela? ¿Hay cosas que necesita ayuda para averiguar?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Recibe ayuda o apoyo adicional en alguna materia en la escuela?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí

VISITAS MÉDICAS DE 11 HASTA 14 AÑOS PARA PACIENTES

CÓMO LE ESTÁ YENDO (CONTINUACIÓN)

Cómo sobrellevar el estrés y la toma de decisiones			
¿Se preocupa mucho o se siente demasiado estresado?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Tiene cosas que hace para sentirse mejor cuando está estresado?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No

EL CRECIMIENTO Y LOS CAMBIOS DE SU CUERPO

Dientes saludables			
¿Se cepilla los dientes dos veces al día?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Ve al dentista dos veces al año?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Si practica deportes de contacto, usa un protector bucal?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Imagen corporal			
¿Tiene alguna preocupación acerca de su peso?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Se burlan de su peso?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Actualmente está haciendo algo para tratar de aumentar o perder peso?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Alimentación saludable			
¿Tiene opciones de alimentación saludable en casa y en la escuela?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Come frutas y verduras todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Consumo leche, yogur, queso u otros alimentos que contengan calcio todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Bebe jugo, gaseosas, bebidas para deportistas o bebidas energéticas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Alguna vez se saltea comidas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Come con su familia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Actividad física y sueño			
¿Está físicamente activo por lo menos 1 hora todos los días? Esto incluye correr, practicar deportes o juegos activos con amigos.	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Cuánto tiempo pasa todos los días viendo la televisión, jugando videojuegos o usando computadoras, tabletas o smartphones (sin contar las tareas escolares)?	_____ horas		
¿Duerme 8 o más horas cada noche?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene problemas para dormir?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí

BIENESTAR EMOCIONAL

¿Usted y sus padres discuten mucho sobre lo que su cultura espera de usted y lo que sus amigos están haciendo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Ha hablado con sus padres sobre citas y sexo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene preguntas o inquietudes acerca de cómo está cambiando su cuerpo (pubertad)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Para niñas: ¿Ha empezado a menstruar?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Para niñas: En caso afirmativo, ¿tiene alguna preocupación acerca de su período (como sangrado excesivo no regular o calambres fuertes)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí

ELEGIR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES

Relaciones románticas			
¿Ha tenido alguna vez una relación romántica?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
En caso afirmativo, ¿se ha sentido siempre seguro y respetado?	<input type="radio"/> N/C	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces
<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle			
¿Alguna vez ha fumado cigarrillos o usado cigarrillos electrónicos?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Alguna vez ha bebido alcohol?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Alguna vez ha tenido sexo, incluido sexo oral, vaginal o anal?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Alguna vez ha consumido drogas (incluidos marihuana o drogas callejeras)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición médica?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí

VISITAS MÉDICAS DE 11 HASTA 14 AÑOS PARA PACIENTES

ELEGIR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES (CONTINUACIÓN)

Trauma acústico			
¿Utiliza tapones para los oídos o auriculares con cancelación de sonido para proteger su audición de ruidos fuertes o en conciertos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Escucha a menudo música alta?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí

MANTENERSE SEGURO

Uso de cinturón de seguridad y casco			
¿Siempre usa un cinturón de seguridad de regazo y hombros?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Siempre usa un casco para proteger su cabeza cuando anda en bicicleta o patinando?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Siempre usa un chaleco salvavidas cuando hace deportes acuáticos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Protección solar			
¿Utiliza protector solar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Visita salones de bronceado?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Uso de sustancias y conducción de un vehículo			
¿Alguna vez ha viajado en un automóvil con alguien que ha estado bebiendo o consumiendo drogas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Tiene a alguien a quien pueda llamar para que lo lleve si se siente inseguro viajando con alguien?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Seguridad de las armas			
¿Alguna vez ha llevado un arma de fuego o un cuchillo (incluso para autoprotegerse)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Si hay un arma en su casa, ¿sabe dónde buscarla?	<input type="radio"/> N/C	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces

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



Patient Name: _____ **Today's Date:** _____

Please answer the following questions by checking a box to the right of the question.

PRE-PARTICIPATION SCREENING

SÍ NO INSEGURO/A

¿Alguna vez te hace desmayado o casi desmayado durante o después del ejercicio? <i>Have you ever passed out or nearly passed out during or after exercise?</i>			
¿Alguna vez sentiste molestias, dolor, tensión o presión en el pecho durante el ejercicio? <i>Have you ever had discomfort, pain, tightness or pressure in your chest during exercise?</i>			
¿Tu corazón palpita rapido o salta latidos durante el ejercicio? <i>Does your heart ever race or skip beats during exercise?</i>			
¿Ha tenido alguna vez dificultad inusual o extrema para respirar durante el ejercicio? <i>Have you ever had unusual or extreme shortness of breath during exercise?</i>			
¿Alguna vez te sientes más cansado, mareado o con más dificultad para respirar más rápidamente que tus amigos durante el ejercicio? <i>Do you get more tired, lightheaded or feel more short of breath more quickly than your friends during exercise?</i>			
¿Alguna vez has tenido una convulsión inexplicable? <i>Have you ever had an unexplained seizure?</i>			
¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene algún problema del corazón (presión arterial alta, colesterol alto, un soplo cardiaco, una infección del corazón, enfermedad de Kawasaki, o de otro tipo)? <i>Has a doctor ever told you that you have any heart problems (high blood pressure, high cholesterol, a heart murmur, a heart infection, Kawasaki disease, or other)?</i>			
¿Alguna vez un médico ordenó una prueba para el corazón (ECG/EKG o ecocardiograma)? <i>Has a doctor ever ordered a test for your heart (ECG/EKG or echocardiogram)?</i>			

BULLYING

SÍ NO

¿Alguna vez hace sentido miedo de ir a la escuela? <i>Do you ever feel afraid to go to school?</i>		
¿Alguna vez hace sido intimidado en la escuela, en su vecindario, o en linea? <i>Have you ever been bullied at school, in your neighborhood, or online?</i>		
¿Alguna vez has visto a otros niños siendo intimidados? <i>Have you seen other kids being bullied?</i>		
¿Sabe donde o con quien puede ir cuando necesite ayuda? <i>Do you know who you can go to for help?</i>		

HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE VACUNAS

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

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 vacuna contra el VPH previene la infección con tipos del virus del papiloma humano (VPH) que están asociados con muchos tipos de cáncer, entre los que se incluyen los siguientes:

- **cáncer cervical** en mujeres,
- **cáncer de vagina y de vulva** en mujeres,
- **cáncer anal** en mujeres y en hombres,
- **cáncer de garganta** en mujeres y en hombres, y
- **cáncer de pene** en hombres.

Además, la vacuna contra el VPH previene la infección con tipos del VPH que causan **verrugas genitales** tanto en las mujeres como en los hombres.

En EE. UU., unas 12,000 mujeres contraen cada año el cáncer cervical, y casi 4,000 mujeres mueren a causa de él. La vacuna contra el VPH previene la mayoría de estos casos de cáncer cervical.

La vacunación no es sustituto de los estudios de detección de cáncer cervical. Esta vacuna no protege contra todos los tipos de VPH que pueden provocar el cáncer cervical. Las mujeres todavía deben someterse con regularidad al frotis de Papanicolaou de rutina.

La infección por el VPH suele producirse por contacto sexual, y la mayoría de las personas se infectan en algún momento de su vida. Cada año, se infectan aproximadamente 14 millones de estadounidenses, lo que incluye adolescentes. La mayoría de las infecciones desaparecen solas y no causan problemas graves. Pero miles de mujeres y hombres contraen cáncer y otras enfermedades por el VPH.

2

Vacuna contra el VPH

La vacuna contra el VPH está aprobada por la Agencia de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y es recomendada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) tanto para hombres como para mujeres. Se administra de forma rutinaria a los 11 o 12 años de edad, pero puede aplicarse a partir de los 9 años hasta los 26 años.

La mayoría de los adolescentes de entre 9 y 14 años deberían recibir la vacuna contra el VPH como una serie de dos dosis con un intervalo de 6 a 12 meses entre las dosis. Las personas que comienzan la vacunación contra el VPH a los 15 años o más tarde deberían recibir la vacuna como una serie de tres dosis: la segunda dosis se debe administrar entre 1 y 2 meses después de

la primera dosis y la tercera dosis se debe administrar 6 meses después de la primera dosis. Hay varias excepciones a estas recomendaciones respecto de la edad. Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.

3

Algunas personas no deben recibir esta vacuna

- Toda persona que haya tenido una reacción alérgica severa (potencialmente mortal) a una dosis de la vacuna contra el VPH no debe recibir otra dosis.
- Toda persona que tenga una alergia severa (potencialmente mortal) a algún componente de la vacuna contra el VPH no debe recibir la vacuna.

Informe a su médico si sabe que tiene alguna alergia severa, incluida una alergia severa a la levadura.

- No se recomienda administrar la vacuna contra el VPH a mujeres embarazadas. Si se enteró que estaba embarazada al recibir la vacuna, no hay razones para esperar que usted o el bebé tengan algún problema. Se recomienda que toda mujer que haya descubierto que estaba embarazada al recibir la vacuna contra el VPH se comunique durante el embarazo con el registro de vacunación contra el VPH del fabricante al 1-800-986-8999. Las mujeres que están amamantando pueden vacunarse.
- 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.

La mayoría de las personas que reciben la vacuna contra el VPH no tienen ningún problema grave con ella.

Problemas leves o moderados luego de la aplicación de la vacuna contra el VPH:

- Reacciones en el brazo donde se aplicó la inyección:
 - Dolor muscular (aproximadamente 9 de cada 10 personas)

- Enrojecimiento o hinchazón (aproximadamente 1 de cada 3 personas)
- Fiebre:
 - Leve (37.8 °C/100 °F) (aproximadamente 1 de cada 10 personas)
 - Moderada (38.9 °C/102 °F) (aproximadamente 1 de cada 65 personas)
- Otros problemas:
 - Dolor de cabeza (aproximadamente 1 de cada 3 personas)

Problemas que podrían ocurrir después de cualquier vacuna inyectada:

- 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 médico si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.
- Algunas personas sienten un dolor grave en el hombro y tienen dificultad para mover el brazo donde se aplicó 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 ocurre una reacción 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 garganta, dificultad para respirar, pulso acelerado, mareo y debilidad. Por lo general, estos podrían comenzar minutos a horas después de la vacunación.

¿Qué debo hacer?

Si cree que se trata de una **reacción alérgica severa** u otra emergencia que no puede esperar, llame al 9-1-1 o diríjase al hospital más cercano. De lo contrario, llame a su médico.

Luego, la reacción se debe reportar al Sistema de reporte de eventos adversos derivados de las vacunas (Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS). 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 Programa Nacional de Compensación por Lesiones Ocasionadas por Vacunas (National Vaccine Injury Compensation Program, VICP) 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 pueden 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?

- Pregunte a su proveedor de cuidados de la salud. 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 Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC):
 - Llame al **1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO)** o
 - Visite el sitio web de los CDC en www.cdc.gov/hpv

Vaccine Information Statement
HPV Vaccine

12/02/2016

Spanish



DECLARACIÓN INFORMATIVA SOBRE VACUNAS

Vacuna antimeningocócica ACWY: *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 **enfermedad meningocócica** es una enfermedad seria, causada por un tipo de bacteria denominada *Neisseria meningitidis*. Puede producir meningitis (infección del revestimiento del cerebro y la médula espinal) e infecciones de la sangre. Es frecuente que la enfermedad meningocócica ocurra sin advertencia, incluso en personas por lo demás sanas.

La enfermedad meningocócica se puede diseminar de una persona a otra por contacto cercano (tos o besos) o contacto prolongado, especialmente entre personas que viven en una misma casa.

Existen al menos 12 tipos de *N. meningitidis*, llamados “serogrupos”. Los serogrupos A, B, C, W e Y causan la mayor parte de los casos de enfermedad meningocócica.

Aunque cualquier persona puede contraer la enfermedad meningocócica, algunas personas están en mayor riesgo, lo que incluye:

- Bebés menores de 1 año de edad
- Adolescentes y adultos jóvenes de 16 a 23 años de edad
- Personas con ciertos trastornos médicos que afectan el sistema inmunitario
- Microbiólogos que trabajan rutinariamente con aislados de *N. meningitidis*
- Personas en riesgo a causa de un brote en su comunidad

Incluso cuando se trata, la enfermedad meningocócica causa la muerte de 10 a 15 de cada 100 personas infectadas. Además, entre quienes sobreviven, aproximadamente 10 a 20 de cada 100 personas quedan con discapacidades, como pérdida de la audición, daño cerebral, daño renal, amputaciones, problemas del sistema nervioso o cicatrices muy evidentes por injertos de piel.

La **vacuna antimeningocócica ACWY** ayuda a prevenir la enfermedad meningocócica que causan los serogrupos A, C, W e Y. Está disponible otra vacuna antimeningocócica como ayuda para la protección contra el serogrupo B.

2 Vacuna antimeningocócica ACWY

La vacuna antimeningocócica conjugada (**MenACWY**) cuenta con licencia de la Food and Drug Administration, FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos) para la protección contra los serogrupos A, C, W e Y.

Se recomienda la administración rutinaria de dos dosis de MenACWY a adolescentes de 11 a 18 años de edad: la primera dosis a los 11 o 12 años con una dosis de refuerzo a los 16 años. Algunos adolescentes, incluidos los que tienen VIH, deben recibir dosis adicionales. Pregunte a su proveedor de cuidados de la salud para obtener más información.

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

- Personas en riesgo a causa de un brote de enfermedad meningocócica de un serogrupo A, C, W o Y
- Personas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
- 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 persistente de componentes del complemento”
- Todas las personas que toman un medicamento llamado eculizumab (Soliris®)
- Microbiólogos que trabajan rutinariamente con aislados de *N. meningitidis*
- Toda persona que viaje o viva en una parte del mundo donde la enfermedad meningocócica sea frecuente, como en algunas partes de África
- Estudiantes de primer año de universidad que viven en dormitorios universitarios
- Reclutas militares de EE. UU.

Algunas personas necesitan varias dosis para su protección adecuada. Pregunte a su proveedor de cuidados de la salud sobre la cantidad y frecuencia de dosis, y la necesidad de dosis de refuerzo.

3 Algunas personas no deben recibir esta vacuna

Informe a la persona que le administra la vacuna si tiene **alergias severas, potencialmente mortales**. No debe recibir la vacuna si ha tenido una reacción alérgica potencialmente mortal después de una dosis de la vacuna antimeningocócica ACWY o si tiene una alergia severa a cualquier componente de esta vacuna. Su proveedor puede informarle sobre los ingredientes de la vacuna.

No se tiene mucha información acerca de los posibles riesgos de esta vacuna en mujeres embarazadas o que amamantan. Sin embargo, el embarazo o amamantamiento no son razones para evitar la vacuna MenACWY. Las mujeres embarazadas o que amamantan deben ser vacunadas si están en riesgo incrementado de enfermedad meningocócica.

Si tiene una enfermedad leve, como un resfriado, es probable que pueda recibir la vacuna hoy mismo. Si tiene una enfermedad moderada o grave, probablemente deba esperar hasta que se recupere. Su médico puede orientarlo al respecto.

4 Riesgos de una reacción a la vacuna

Con cualquier medicamento, incluidas las vacunas, hay probabilidades de que se produzcan efectos secundarios. Generalmente, estos son leves y desaparecen por sí solos en unos pocos días, pero también es posible que se produzcan reacciones graves.

Casi la mitad de las personas que reciben la vacuna antimeningocócica ACWY experimentan **problemas leves** después de la vacunación, como enrojecimiento o dolor muscular en el sitio de la inyección. Si estos problemas ocurren, es usual que duren 1 o 2 días.

Un pequeño porcentaje de las personas que reciben la vacuna experimenta dolor en músculos o articulaciones.

Problemas que podrían ocurrir después de cualquier vacuna inyectada:

- 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 médico si se tiene mareo o aturdimiento, o si tiene cambios en la visión.
- Algunas personas sienten un dolor severo en el hombro y tienen dificultad para mover el brazo donde se aplicó la inyección. Esto ocurre con muy poca frecuencia.
- Cualquier medicamento puede provocar una reacción alérgica severa. 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 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/

Translation provided by the Immunization Action Coalition

5 ¿Qué hago si ocurre una reacción 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 severa pueden incluir ronchas, hinchazón de la cara y la garganta, dificultad para respirar, pulso acelerado, mareos y debilidad, usualmente en minutos a horas después de recibir la vacunación.

¿Qué debo hacer?

- Si cree que se trata de una reacción alérgica severa u otra emergencia que no puede esperar, llame al 911 y diríjase al hospital más cercano. De lo contrario, llame a su médico.

Luego, debe informar sobre la reacción al Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS (Sistema de informes de eventos adversos derivados de 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 brinda asesoramiento 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 podrían haber experimentado lesiones ocasionadas por ciertas vacunas.

Las personas que consideren que pueden 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?

- 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 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 (Interim)
Meningococcal ACWY
Vaccines Spanish



Office use only

8/24/2018 | 42 U.S.C. § 300aa-26

HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE VACUNAS

Vacuna Tdap

Lo que necesita saber

(Tétanos, difteria y tos ferina)

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?

El **tétanos**, la **difteria** y la **tos ferina** son enfermedades muy graves. La vacuna Tdap puede protegernos contra estas enfermedades. Además, si se administra la vacuna Tdap a las mujeres embarazadas, puede proteger a los bebés recién nacidos contra la tos ferina.

El **TÉTANOS** (trismo) es poco frecuente en los Estados Unidos actualmente. Este causa tensión y rigidez dolorosas en los músculos, en general, de todo el cuerpo.

- Puede ocasionar rigidez en los músculos de la cabeza y el cuello, lo que impide abrir la boca, tragar o en ocasiones, incluso respirar. El tétanos provoca la muerte de cerca de 1 de cada 10 personas infectadas, incluso después de recibir la mejor atención médica.

La **DIFTERIA** también es poco frecuente en los Estados Unidos actualmente. Esta puede ocasionar que se forme una capa gruesa en la parte posterior de la garganta.

- Esto puede provocar problemas para respirar, insuficiencia cardíaca, parálisis y muerte.

La **TOS FERINA** (tos convulsiva) causa accesos de tos severos que pueden producir dificultad para respirar, vómitos y alteraciones del sueño.

- También puede provocar pérdida de peso, incontinencia y fracturas en las costillas. Hasta 2 de cada 100 adolescentes y 5 de cada 100 adultos con tos ferina son hospitalizados o tienen complicaciones, que pueden incluir neumonía o la muerte.

Estas enfermedades son ocasionadas por bacterias. La difteria y la tos ferina se contagian de persona a persona por medio de secreciones de la tos o los estornudos. El tétanos entra al cuerpo a través de cortes, raspones o heridas.

Antes de que las vacunas existieran, cada año se reportaban hasta 200,000 casos de difteria; 200,000 casos de tos ferina y centenares de casos de tétanos en los Estados Unidos. Desde que comenzó la vacunación, los reportes de casos de tétanos y difteria han disminuido en cerca de un 99 %, y los reportes de casos de tos ferina, aproximadamente en un 80 %.

2 Vacuna Tdap

La vacuna Tdap puede proteger a los adolescentes y a los adultos contra el tétanos, la difteria y la tos ferina. Una dosis de Tdap se administra de forma rutinaria a los 11 o 12 años. Las personas que *no* recibieron la vacuna Tdap a esa edad deben recibirla tan pronto como sea posible.

La vacuna Tdap es especialmente importante para los profesionales de atención médica y para todas las personas que estén en contacto cercano con un bebé de menos de 12 meses de edad.

Las mujeres embarazadas deben recibir una dosis de Tdap durante **cada embarazo** para proteger al recién nacido contra la tos ferina. Los lactantes tienen el mayor riesgo de

tener complicaciones severas que representen un riesgo para la vida a causa de la tos ferina.

Otra vacuna, denominada Tétanos y difteria (Tetanus and diphtheria, Td), protege contra el tétanos y la difteria, pero no contra la tos ferina. Debe administrarse un refuerzo de Td cada 10 años. Si no se ha recibido la vacuna Tdap nunca antes, puede administrarse como uno de estos refuerzos. La vacuna Tdap también puede administrarse después de un corte o quemadura severos para prevenir una infección por tétanos.

Su médico o la persona que le aplica la vacuna pueden brindarle más información.

La vacuna Tdap puede administrarse de forma segura al mismo tiempo que otras vacunas.

3 Algunas personas no deben recibir esta vacuna

- Las personas que hayan tenido alguna vez una reacción alérgica que representó un riesgo para la vida después de haber recibido una dosis previa de alguna vacuna contra la difteria, el tétanos o la tos ferina O que tengan alergia severa a cualquier parte de esta vacuna no deben recibir la vacuna Tdap. Informe a la persona que aplica la vacuna acerca de cualquier alergia severa.
- Las personas que hayan estado en coma o que hayan tenido convulsiones largas y repetidas en el término de 7 días después de haber recibido una dosis infantil de Difteria, tétanos y tos ferina (Diphtheria, Tetanus and Pertussis, DTP) o de DTaP (versión posterior de la DTP), o una dosis previa de Tdap, no deben recibir la vacuna Tdap, a menos que se haya encontrado una causa ajena a la vacuna. De todos modos, pueden aplicarse la vacuna Td.
- Hable con su médico si usted:
 - tiene convulsiones u otro problema del sistema nervioso;
 - tuvo dolor o hinchazón severos después de recibir alguna vacuna que contenía difteria, tétanos o tos ferina;
 - alguna vez tuvo una afección denominada síndrome de Guillain-Barré (Guillain-Barré Syndrome, GBS);
 - no se siente bien el día en que está programada la aplicación de la inyección.

4 Riesgos

Con cualquier medicamento, incluidas las vacunas, hay posibilidades de que se produzcan efectos secundarios. Generalmente, estos son leves y desaparecen por sí solos. Las reacciones graves también son posibles, pero son poco frecuentes.

La mayoría de las personas que reciben la vacuna Tdap no tienen ningún problema con ella.



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

Problemas leves después de la aplicación de Tdap:
(*No interfirieron en las actividades*)

- Dolor en el lugar donde se aplicó la inyección (aproximadamente 3 de cada 4 adolescentes o 2 de cada 3 adultos).
- Enrojecimiento o hinchazón en el lugar donde se aplicó la inyección (aproximadamente 1 de cada 5 personas).
- Fiebre leve de por lo menos 100.4 °F (hasta aproximadamente, 1 de cada 25 adolescentes o 1 de cada 100 adultos).
- Dolor de cabeza (aproximadamente 3 o 4 de cada 10 personas).
- Cansancio (aproximadamente 1 de cada 3 o 4 personas).
- Náuseas, vómitos, diarrea, dolor de estómago (hasta 1 de cada 4 adolescentes o 1 de cada 10 adultos).
- Escalofríos, dolor en las articulaciones (aproximadamente 1 de cada 10 personas).
- Dolores corporales (aproximadamente 1 de cada 3 o 4 personas).
- Erupción, hinchazón de los ganglios (poco frecuente).

Problemas moderados después de la aplicación de la vacuna Tdap: (*Interfirieron en las actividades, pero no se requirió atención médica*)

- Dolor en el lugar donde se aplicó la inyección (hasta 1 de cada 5 o 6 personas).
- Enrojecimiento o hinchazón en el lugar donde se aplicó la inyección (hasta aproximadamente, 1 de cada 16 adolescentes o 1 de cada 12 adultos).
- Fiebre de más de 102 °F (aproximadamente 1 de cada 100 adolescentes o 1 de cada 250 adultos).
- Dolor de cabeza (aproximadamente 1 de cada 7 adolescentes o 1 de cada 10 adultos).
- Náuseas, vómitos, diarrea, dolor de estómago (hasta 1 o 3 de cada 100 personas).
- Hinchazón de todo el brazo en el lugar donde se aplicó la inyección (hasta aproximadamente, 1 de cada 500 personas).

Problemas severos después de la aplicación de la vacuna Tdap: (*Imposibilidad para realizar actividades habituales; se requirió atención médica*)

- Hinchazón, dolor severo, sangrado y enrojecimiento del brazo en el lugar donde se aplicó la inyección (poco frecuente).

Problemas que pueden producirse después de la aplicación de cualquier vacuna:

- En algunos casos, las personas se desmayan después de un procedimiento médico, incluida la vacunación. Sentarse o acostarse durante cerca de 15 minutos puede ayudar a prevenir los desmayos y las lesiones por una caída. Informe a su médico si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.
- Algunas personas sienten un dolor severo en el hombro y tienen dificultad para mover el brazo en el cual se aplicó la inyección. Esto ocurre con muy poca frecuencia.
- Cualquier medicamento puede provocar una reacción alérgica severa. Tales reacciones a una vacuna son muy poco frecuentes: se estima que se presentan en menos de 1 de cada millón de dosis y se producen desde algunos minutos hasta algunas 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/

Translation provided by the Immunization Action Coalition

5

¿Qué hago 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 severa, fiebre muy alta o un comportamiento inusual.
- Los signos de una reacción alérgica severa pueden incluir urticaria, hinchazón de la cara y la garganta, dificultad para respirar, pulso acelerado, mareos y debilidad. Por lo general, 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 severa u otra emergencia que no puede esperar, llame al 9-1-1 o lleve a la persona al hospital más cercano. De lo contrario, llame a su médico.
- Luego, la reacción se debe reportar al Sistema de reporte de eventos adversos derivados de las vacunas (Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS). Su médico puede 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 asesoramiento médico.

6

Programa Nacional de Compensación por Lesiones Ocasionadas por Vacunas

El Programa Nacional de Compensación por Lesiones Ocasionadas por Vacunas (Vaccine Injury Compensation Program, VICP) es un programa federal que se creó para compensar a las personas que pueden haber tenido lesiones ocasionadas por determinadas vacunas.

Las personas que consideren que pueden 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 para presentar una reclamación de compensación.

7

¿Dónde puedo obtener más información?

- Pregúntele a su médico. 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 Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC):
 - Llame al **1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO)** o
 - Visite el sitio web de CDC en www.cdc.gov/vaccines

Vaccine Information Statement
Tdap Vaccine

2/24/2015

Spanish

42 U.S.C. § 300aa-26

Office Use
Only

