

March 28, 2023

TO: Parents of Rising 7th Grade Students

FROM: Northumberland Middle School and Northumberland County Health Dept.

SUBJECT: Pertussis, Meningococcal and HPV Vaccination for 7th Graders

State law requires all students entering 7th grade receive a booster dose of pertussis-containing vaccine, a dose of meningococcal vaccine and a dose of the Human Papilloma Virus Vaccine (HPV). This means all rising 7th graders will need a dose of Tdap (tetanus, diphtheria, and pertussis), Meningococcal and HPV vaccine before they can start 7th grade. In order for your child to receive the Tdap vaccine he/she/they needs to be 11 years or older.

If your child has already received their vaccinations, please send a copy of the vaccination record to the school.

If your child has not received this vaccination, and you would like him/her/they to be vaccinated at school, the Health Department will provide the required immunization at a clinic at Northumberland Middle School on **Monday April 24, 2023 starting at 09:30 am at no cost to the student / family.**

If your child has private insurance/FAMIS/Medicaid, enter the coverage information on the consent form as requested along with a copy of the front and back of your insurance card. VDH is required to bill for the service if you have medical coverage. Vaccine is limited and will be provided on a first come, first served basis.

Attached are four forms:

- 1- 2023 Student Vaccination Consent Form (complete front and back and return to school),
- 2-Tdap Vaccine Information Statement (read and keep);
- 3- HPV Vaccine Information Statement (read and keep);
- 4- Meningococcal Vaccine Information Statement (read and keep).

If your child is sick, he/she/they will not be able to receive the vaccine. Ensure your child is wearing clothing that allows their arm to be easily accessible. In order for your child to be vaccinated at school, the Vaccination Consent Forms must be filled out and returned to the school as soon as possible, but no later than **April 21, 2023**. Ensure your child is wearing clothing that allows their arm to be easily accessible.

If you have any questions, please contact the school nurse.

Marzo 28, 2023

PARA: Los padres de los estudiantes del 7to grado

DE: Northumberland Middle School and Northumberland Health Department

TEMA: Vacunación contra la Tosferina y el virus del papiloma humano para 7to Grado.

La ley estatal requiere que todos los estudiantes que ingresan a 7º grado reciban una dosis de refuerzo de la vacuna que contiene tos ferina, una dosis de vacuna meningocócica y una dosis de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH). Esto significa que todos los estudiantes de 7º grado en ascenso necesitarán una dosis de Tdap (tétanos, difteria y tos ferina), vacuna meningocócica y VPH antes de que puedan comenzar el 7º grado. Para que su hijo reciba la vacuna Tdap, debe tener 11 años o más.

Si su hijo(a) ya ha recibido esta vacuna, por favor envíe una copia del registro de vacunación a la escuela.

Si su hijo tiene seguro privado/FAMIS/Medicaid, ponga la información de cobertura en el formulario de consentimiento requerido junto con una copia del frente y la parte posterior de la tarjeta del seguro médico. (VDH) Departamento de Salud de Virginia, tiene la obligación de facturar por los servicios a su seguro médico. La vacuna es limitada y se proporcionará por orden de llegada. **Monday Abril 24, 2023 at Northumberland Middle School at 09:30am.**

Adjuntos son dos formas:

- 1- Formulario de Consentimiento de Vacunación Estudiantil 2023 (frente y espalda completos y regreso a la escuela),
- 2- Tdap Declaración de información sobre vacunas (leer y conservar);
- 3- Declaración de información sobre la vacuna contra el VPH (leer y conservar);
- 4- 4- Declaración de información sobre la vacuna meningocócica (leer y conservar).

Para que su hijo sea vacunado en la escuela, los Formularios de Consentimiento de Vacunación deben ser llenados y devueltos a la escuela tan pronto como sea posible, pero no más tarde de **Abril 21, 2023**. Asegúrese de que su hijo lleve ropa que permita que su brazo sea fácilmente accesible.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor póngase en contacto con la escuela.

Tdap (Tetanus, Diphtheria, Pertussis) Vaccine: *What You Need to Know*

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

Hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.org/vls

1. Why get vaccinated?

Tdap vaccine can prevent tetanus, diphtheria, and pertussis.

Diphtheria and pertussis spread from person to person. Tetanus enters the body through cuts or wounds.

- **TETANUS (T)** causes painful stiffening of the muscles. Tetanus can lead to serious health problems, including being unable to open the mouth, having trouble swallowing and breathing, or death.
- **DIPHTHERIA (D)** can lead to difficulty breathing, heart failure, paralysis, or death.
- **PERTUSSIS (aP)**, also known as "whooping cough," can cause uncontrollable, violent coughing that makes it hard to breathe, eat, or drink. Pertussis can be extremely serious especially in babies and young children, causing pneumonia, convulsions, brain damage, or death. In teens and adults, it can cause weight loss, loss of bladder control, passing out, and rib fractures from severe coughing.

2. Tdap vaccine

Tdap is only for children 7 years and older, adolescents, and adults.

Adolescents should receive a single dose of Tdap, preferably at age 11 or 12 years.

Pregnant people should get a dose of Tdap during every pregnancy, preferably during the early part of the third trimester, to help protect the newborn from pertussis. Infants are most at risk for severe, life-threatening complications from pertussis.

Adults who have never received Tdap should get a dose of Tdap.

Also, adults should receive a booster dose of either Tdap or Td (a different vaccine that protects against tetanus and diphtheria but not pertussis) every 10 years, or after 5 years in the case of a severe or dirty wound or burn.

Tdap may be given at the same time as other vaccines.

3. Talk with your health care provider

Tell your vaccination provider if the person getting the vaccine:

- Has had an allergic reaction after a previous dose of any vaccine that protects against tetanus, diphtheria, or pertussis, or has any severe, life-threatening allergies
- Has had a coma, decreased level of consciousness, or prolonged seizures within 7 days after a previous dose of any pertussis vaccine (DTP, DTaP, or Tdap)
- Has seizures or another nervous system problem
- Has ever had Guillain-Barré Syndrome (also called "GBS")
- Has had severe pain or swelling after a previous dose of any vaccine that protects against tetanus or diphtheria

In some cases, your health care provider may decide to postpone Tdap vaccination until a future visit.

People with minor illnesses, such as a cold, may be vaccinated. People who are moderately or severely ill should usually wait until they recover before getting Tdap vaccine.

Your health care provider can give you more information.



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

4. Risks of a vaccine reaction

- Pain, redness, or swelling where the shot was given, mild fever, headache, feeling tired, and nausea, vomiting, diarrhea, or stomachache sometimes happen after Tdap vaccination.

People sometimes faint after medical procedures, including vaccination. Tell your provider if you feel dizzy or have vision changes or ringing in the ears.

As with any medicine, there is a very remote chance of a vaccine causing a severe allergic reaction, other serious injury, or death.

5. What if there is a serious problem?

An allergic reaction could occur after the vaccinated person leaves the clinic. If you see signs of a severe allergic reaction (hives, swelling of the face and throat, difficulty breathing, a fast heartbeat, dizziness, or weakness), call 9-1-1 and get the person to the nearest hospital.

For other signs that concern you, call your health care provider.

Adverse reactions should be reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). Your health care provider will usually file this report, or you can do it yourself. Visit the VAERS website at www.vaers.hhs.gov or call 1-800-822-7967. *VAERS is only for reporting reactions, and VAERS staff members do not give medical advice.*

6. The National Vaccine Injury Compensation Program

The National Vaccine Injury Compensation Program (VICP) is a federal program that was created to compensate people who may have been injured by certain vaccines. Claims regarding alleged injury or death due to vaccination have a time limit for filing, which may be as short as two years. Visit the VICP website at www.hrsa.gov/vaccinecompensation or call 1-800-338-2382 to learn about the program and about filing a claim.

7. How can I learn more?

- Ask your health care provider.
- Call your local or state health department.
- Visit the website of the Food and Drug Administration (FDA) for vaccine package inserts and additional information at www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines.
- Contact the Centers for Disease Control and Prevention (CDC):
 - Call 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO) or
 - Visit CDC's website at www.cdc.gov/vaccines.



Meningococcal ACWY Vaccine:

What You Need to Know

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. Why get vaccinated?

Meningococcal ACWY vaccine can help protect against meningococcal disease caused by serogroups A, C, W, and Y. A different meningococcal vaccine is available that can help protect against serogroup B.

Meningococcal disease can cause meningitis (infection of the lining of the brain and spinal cord) and infections of the blood. Even when it is treated, meningococcal disease kills 10 to 15 infected people out of 100. And of those who survive, about 10 to 20 out of every 100 will suffer disabilities such as hearing loss, brain damage, kidney damage, loss of limbs, nervous system problems, or severe scars from skin grafts.

Meningococcal disease is rare and has declined in the United States since the 1990s. However, it is a severe disease with a significant risk of death or lasting disabilities in people who get it.

Anyone can get meningococcal disease. Certain people are at increased risk, including:

- Infants younger than one year old
- Adolescents and young adults 16 through 23 years old
- People with certain medical conditions that affect the immune system
- Microbiologists who routinely work with isolates of *N. meningitidis*, the bacteria that cause meningococcal disease
- People at risk because of an outbreak in their community

2. Meningococcal ACWY vaccine

Adolescents need 2 doses of a meningococcal ACWY vaccine:

- First dose: 11 or 12 years of age
- Second (booster) dose: 16 years of age

In addition to routine vaccination for adolescents, meningococcal ACWY vaccine is also recommended for certain groups of people:

- People at risk because of a serogroup A, C, W, or Y meningococcal disease outbreak
- People with HIV
- Anyone whose spleen is damaged or has been removed, including people with sickle cell disease
- Anyone with a rare immune system condition called "complement component deficiency"
- Anyone taking a type of drug called a "complement inhibitor," such as eculizumab (also called "Soliris"*) or ravulizumab (also called "Ultomiris"*)
- Microbiologists who routinely work with isolates of *N. meningitidis*
- Anyone traveling to or living in a part of the world where meningococcal disease is common, such as parts of Africa
- College freshmen living in residence halls who have not been completely vaccinated with meningococcal ACWY vaccine
- U.S. military recruits



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

3. Talk with your health care provider

Tell your vaccination provider if the person getting the vaccine:

- Has had an allergic reaction after a previous dose of meningococcal ACWY vaccine, or has any severe, life-threatening allergies

In some cases, your health care provider may decide to postpone meningococcal ACWY vaccination until a future visit.

There is limited information on the risks of this vaccine for pregnant or breastfeeding people, but no safety concerns have been identified. A pregnant or breastfeeding person should be vaccinated if indicated.

People with minor illnesses, such as a cold, may be vaccinated. People who are moderately or severely ill should usually wait until they recover before getting meningococcal ACWY vaccine.

Your health care provider can give you more information.

4. Risks of a vaccine reaction

- Redness or soreness where the shot is given can happen after meningococcal ACWY vaccination.
- A small percentage of people who receive meningococcal ACWY vaccine experience muscle pain, headache, or tiredness.

People sometimes faint after medical procedures, including vaccination. Tell your provider if you feel dizzy or have vision changes or ringing in the ears.

As with any medicine, there is a very remote chance of a vaccine causing a severe allergic reaction, other serious injury, or death.

5. What if there is a serious problem?

An allergic reaction could occur after the vaccinated person leaves the clinic. If you see signs of a severe allergic reaction (hives, swelling of the face and throat, difficulty breathing, a fast heartbeat, dizziness, or weakness), call 9-1-1 and get the person to the nearest hospital.

For other signs that concern you, call your health care provider.

Adverse reactions should be reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). Your health care provider will usually file this report, or you can do it yourself. Visit the VAERS website at www.vaers.hhs.gov or call 1-800-822-7967. *VAERS is only for reporting reactions, and VAERS staff members do not give medical advice.*

6. The National Vaccine Injury Compensation Program

The National Vaccine Injury Compensation Program (VICP) is a federal program that was created to compensate people who may have been injured by certain vaccines. Claims regarding alleged injury or death due to vaccination have a time limit for filing, which may be as short as two years. Visit the VICP website at www.hrsa.gov/vaccinecompensation or call 1-800-338-2382 to learn about the program and about filing a claim.

7. How can I learn more?

- Ask your health care provider.
- Call your local or state health department.
- Visit the website of the Food and Drug Administration (FDA) for vaccine package inserts and additional information at www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines.
- Contact the Centers for Disease Control and Prevention (CDC):
 - Call 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO) or
 - Visit CDC's website at www.cdc.gov/vaccines.



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.

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.

Spanish translation provided by the Immunization Action Coalition



HPV (Human Papillomavirus) Vaccine: *What You Need to Know*

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. Why get vaccinated?

HPV (human papillomavirus) vaccine can prevent infection with some types of human papillomavirus.

HPV infections can cause certain types of cancers, including:

- cervical, vaginal, and vulvar cancers in women
- penile cancer in men
- anal cancers in both men and women
- cancers of tonsils, base of tongue, and back of throat (oropharyngeal cancer) in both men and women

HPV infections can also cause anogenital warts.

HPV vaccine can prevent over 90% of cancers caused by HPV.

HPV is spread through intimate skin-to-skin or sexual contact. HPV infections are so common that nearly all people will get at least one type of HPV at some time in their lives. Most HPV infections go away on their own within 2 years. But sometimes HPV infections will last longer and can cause cancers later in life.

2. HPV vaccine

HPV vaccine is routinely recommended for adolescents at 11 or 12 years of age to ensure they are protected before they are exposed to the virus. HPV vaccine may be given beginning at age 9 years and vaccination is recommended for everyone through 26 years of age.

HPV vaccine may be given to adults 27 through 45 years of age, based on discussions between the patient and health care provider.

Most children who get the first dose before 15 years of age need 2 doses of HPV vaccine. People who get the first dose at or after 15 years of age and younger people with certain immunocompromising conditions need 3 doses. Your health care provider can give you more information.

HPV vaccine may be given at the same time as other vaccines.

3. Talk with your health care provider

Tell your vaccination provider if the person getting the vaccine:

- Has had an allergic reaction after a previous dose of HPV vaccine, or has any severe, life-threatening allergies
- Is pregnant—HPV vaccine is not recommended until after pregnancy

In some cases, your health care provider may decide to postpone HPV vaccination until a future visit.

People with minor illnesses, such as a cold, may be vaccinated. People who are moderately or severely ill should usually wait until they recover before getting HPV vaccine.

Your health care provider can give you more information.



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

4. Risks of a vaccine reaction

- Soreness, redness, or swelling where the shot is given can happen after HPV vaccination.
- Fever or headache can happen after HPV vaccination.

People sometimes faint after medical procedures, including vaccination. Tell your provider if you feel dizzy or have vision changes or ringing in the ears.

As with any medicine, there is a very remote chance of a vaccine causing a severe allergic reaction, other serious injury, or death.

5. What if there is a serious problem?

An allergic reaction could occur after the vaccinated person leaves the clinic. If you see signs of a severe allergic reaction (hives, swelling of the face and throat, difficulty breathing, a fast heartbeat, dizziness, or weakness), call 9-1-1 and get the person to the nearest hospital.

For other signs that concern you, call your health care provider.

Adverse reactions should be reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). Your health care provider will usually file this report, or you can do it yourself. Visit the VAERS website at www.vaers.hhs.gov or call 1-800-822-7967. *VAERS is only for reporting reactions, and VAERS staff members do not give medical advice.*

6. The National Vaccine Injury Compensation Program

The National Vaccine Injury Compensation Program (VICP) is a federal program that was created to compensate people who may have been injured by certain vaccines. Claims regarding alleged injury or death due to vaccination have a time limit for filing, which may be as short as two years. Visit the VICP website at www.hrsa.gov/vaccinecompensation or call 1-800-338-2382 to learn about the program and about filing a claim.

7. How can I learn more?

- Ask your health care provider.
- Call your local or state health department.
- Visit the website of the Food and Drug Administration (FDA) for vaccine package inserts and additional information at www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines.
- Contact the Centers for Disease Control and Prevention (CDC):
 - Call 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO) or
 - Visit CDC's website at www.cdc.gov/vaccines.



DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA

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

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

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

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

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

Las infecciones por el VPH también pueden causar verrugas anogenitales.

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

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

2. Vacuna contra el VPH

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

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

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

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

3. Hable con su proveedor de atención médica

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

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

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

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

Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.



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

4. Riesgos de una reacción a la vacuna

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

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

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

5. ¿Qué hago si ocurre algún problema grave?

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

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

Las reacciones adversas se deben reportar al Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS (Sistema para reportar reacciones adversas a las vacunas). Es usual que el proveedor de atención médica informe sobre ello, o también puede hacerlo usted mismo. Visite el sitio web de VAERS en www.vaers.hhs.gov 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.



**2023 ADOLESCENT VACCINATION CONSENT FORM**

(Tdap, HPV, Meningococcal ACWY)

VDH VIRGINIA
DEPARTMENT
OF HEALTHName: _____
Last First MiddleDate of Birth: ____/____/____ Age: ____ Gender: ☐ M ☐ FIf minor - parent/guardian's name: _____
Last First M.I.Parent/Guardian's Date of Birth: ____/____/____ Parent's SSN: _____
Optional

Address: _____ City: _____ ZIP: _____

Grade: _____ Home Room Teacher: _____ School: _____

IMPORTANT Parent/Guardian Phone # Home: _____ Cell: _____ Work: _____Emergency Contact: _____ Emergency contact number: _____
(If other than Head of Household)**My child will be 11 years of age or older on the day of the scheduled vaccination clinic: YES ☐ NO ☐**

Please check YES or NO to all the questions below to determine if your child can receive offered vaccines at school. The nurse giving the vaccine will review this information on the day of the vaccine clinic.

	YES	NO
Has your child ever had a serious allergic reaction to any vaccine component or yeast?	☐	☐
Has your child ever had a serious reaction to a previous dose of Tdap, HPV, or Meningococcal vaccine in the past?	☐	☐
Did your child experience a coma, decreased level of consciousness, or long or multiple seizures within seven days following a dose of DTP, DTaP or Tdap?	☐	☐
Does your child have epilepsy or another nervous system problem; ever had severe swelling or severe pain after a previous dose of DTP, DTaP, DT, or Td; or ever had Guillain-Barré Syndrome (GBS)? If so, consult your doctor about receiving Tdap vaccine. (A note may be required to proceed in school setting)	☐	☐
Is your child pregnant? If yes, your child will not receive the HPV vaccine, but may receive the other vaccines.	☐	☐

If you answered YES to questions, this vaccine(s) may not be safe for your child and s/he WILL NOT receive these vaccines at school. If your child has a severe life-threatening allergy, please speak with your child's doctor before consenting to vaccination.

NOTICE OF DEEMED CONSENT FOR HIV, HEPATITIS B OR C TESTING

VDH is required by § 32.1-45.1 of the Code of Virginia (1950), as amended, to give you the following notice:

1. If any VDH health care professional, worker or employee should be directly exposed to your child's blood or body fluids in a way that may transmit disease, I understand that the law requires my child to give a venous blood sample for further tests. I understand that the tests to be performed are for human immunodeficiency virus (HIV), as well as for Hepatitis B and C. A physician or other health care provider will tell you the result of the test. 2. If your child should be directly exposed to blood or body fluids of a VDH health care professional, worker or employee in a way that may transmit disease, that person's blood will be tested for infection with human immunodeficiency virus (HIV), as well as for Hepatitis B and C. A physician or other health care provider will tell you and that person the result of the test.

*** Insurance*:** Please answer the following: This information is required for federal funding purposes for VFC vaccines.

***Note:** Vaccines will be provided to your child without cost to you if your child is eligible for the Vaccines for Children Program. If your child is covered by a private health insurance plan, the Department shall seek reimbursement for all allowable costs associated with the provision of the vaccine. **Your child will not be vaccinated if you do not provide all requested insurance information below.**

My child: () is *not* insured (not covered by private insurance, Medicaid, Medicaid MCO or FAMIS)
 () is American Indian or is an Alaska Native
 () has Medicaid MCO with: Virginia Premier, Optima Community Care, Anthem Healthkeepers Plus, Molina Healthcare, United Healthcare Community Plan, or Aetna Better Health (circle your plan)
 Member ID # as shown on your card: _____ is this a FAMIS plan? ☐ Y ☐ N
 () has Medicaid or FAMIS (circle one) that is not a MCO plan: Medicaid # _____
 () has other insurance not listed above (specify plan name) _____
 Policy ID # _____ Policy holder's name _____

Attach a copy of the front & back of insurance card or provide the following information:

Insurance company address _____

Insurance company phone number _____

I authorize VDH to release records necessary to support the application for payment by Medicare, Medicaid, and other health care benefits. I request the third-party payer to pay any authorized benefits to VDH on my behalf.

Office of Privacy and Security

Authorization for Disclosure of Protected Health Information

This consent gives the Virginia Department of Health (VDH) permission to disclose personal health information to the person(s) or organization(s) I have indicated.

- I understand the provision of treatment to my child cannot be conditioned on my signing of this authorization.
- Any health information redisclosed by me or my child will no longer be protected by this authorization.
- The original or a copy of the authorization shall be included with my child's medical record.
- I have the right to revoke this authorization at any time, except to the extent that action has been taken prior to my request to withhold my medical record. The request must be in writing and will be effective upon delivery to the provider in possession of my medical records.
- I authorize VDH to disclose my child's health information to his/her primary care physician and school.
- I understand that immunization records of my child will be retained for 21 years after birth.
- I understand this document will be given to and retained by the public health department and will not be maintained by the school.

☐ Please check box if you wish to receive a copy of the Virginia Department of Health Notice of Privacy Practices.

CONSENT FOR CHILD'S HPV VACCINATION:

☐ My child has NEVER been vaccinated for HPV. Note: Your child will require two doses: the first dose now and the 2nd Dose 6 months after Dose 1. NOTE: children with certain medical conditions may require three doses. Please consult your provider to assess the need for a third dose.

☐ My child has received the first dose of the HPV vaccine. Note: the 2nd Dose should be received 6 months after Dose 1.

I have read the 2021 Vaccination Information Statement (VIS) for the HPV Vaccine. I understand the risks and benefits, and I give consent to the Health Department and its authorized staff for my child named at the top of this form to receive the HPV vaccine (shot). If needed, I give my consent for my child to receive the second dose approximately six months after the first dose.

Signature of Parent or Legal Guardian: ☒

Date: ____/____/____

CONSENT FOR CHILD'S MenACWY VACCINATION:

I have read the 2021 Vaccination Information Statement (VIS) for the MenACWY Vaccine, I understand the risks and benefits, and I give consent to the Health Department and its authorized staff for my child named at the top of this form to receive the Meningococcal ACWY vaccine (shot).

Signature of Parent or Legal Guardian: ☒

Date: ____/____/____

CONSENT FOR CHILD'S Tdap VACCINATION:

I have read the 2021 Vaccination Information Statement (VIS) for the Tdap Vaccine, I understand the risks and benefits, and I give consent to the Health Department and its authorized staff for my child named at the top of this form to receive the Tdap vaccine (shot).

Signature of Parent or Legal Guardian: ☒

Date: ____/____/____

Please send a copy of my child's immunization record to her/his doctor at the following address.

Doctor's Name _____ Mailing Address _____ City _____ State _____ ZIP _____

HEALTH DEPARTMENT USE ONLY						
Date	Item code	Fund Source	Lot Number	Vaccine Administration Site		Provider #
	Tdap	VFC STF		RA	LA	
	MenACWY	VFC STF		RA	LA	
	HPV #1	VFC STF		RA	LA	
	HPV #2	VFC STF		RA	LA	
		VFC STF		RA	LA	
Comments						
Provider Name/Signature and Date						



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN PARA ADOLESCENTES DE 2023

VDH VIRGINIA DEPARTMENT OF HEALTH

(Tdap, VPH, ACWY meningocócica)

Nombre:

Apellido

Nombre

Segundo nombre

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Edad: ____

Sexo: ☐ M ☐ F

Si es menor - nombre del padre/tutor: ____

Apellido

Primer Nombre

Inicial

Fecha de nacimiento padre/tutor: ____/____/____

N.º de seguro social del padre

opcional

Dirección: ____

Ciudad: ____

Código Postal: ____

Grado: ____

Maestro del salón de clases: ____

Escuela: ____

IMPORTANTE Número de teléfono de casa del padre/tutor: ____

Celular: ____

Trabajo: ____

Contacto de emergencia: ____

Número de contacto de emergencia: ____

(en caso de no ser el jefe de familia)

Mi hijo(a) tendrá 11 años o más el día de la clínica de vacunación programada: ☐ SÍ ☐ NO ☐

Marque SÍ o NO en todas las preguntas a continuación para determinar si su hijo puede recibir las vacunas que se ofrecen en la escuela. La enfermera que administra la vacuna revisará esta información el día de la clínica de vacunación.

SÍ NO

¿Su hijo(a) alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave a cualquier componente de una vacuna u hongo?

☐ ☐

En el pasado ¿su hijo(a) alguna vez ha tenido una reacción grave a una dosis anterior de la vacuna Tdap, VPH o antimeningocócica?

☐ ☐

¿Experimentó su hijo un coma, disminución del nivel de conciencia o convulsiones prolongadas o múltiples dentro de los siete días posteriores a una dosis de DTP, DTaP o Tdap?

☐ ☐

¿Su hijo padece de epilepsia u otro problema del sistema nervioso; alguna vez ha presentado inflamación grave o dolor intenso después de una dosis anterior de DTP, DTaP, DT o Td; o alguna vez ha padecido el síndrome de Guillain-Barré (GBS)? En caso afirmativo, consulte a su médico acerca de recibir la vacuna Tdap. (Es posible que se requiera una nota para proceder en el entorno escolar)

☐ ☐

¿Está embarazada su hija? En caso afirmativo, su hijo no recibirá la vacuna contra el VPH, pero puede recibir las otras vacunas.

☐ ☐

Si respondió SÍ a las preguntas, es posible que esta(s) vacuna(s) no sea segura para su hijo(a) y él/ella NO recibirá estas vacunas en la escuela. Si su hijo/a tiene una alergia grave que pone en peligro su vida, hable con el médico de su hijo/a antes de dar su consentimiento para la vacunación.

AVISO DE CONSENTIMIENTO PRESUNTO PARA LA PRUEBA DE VIH Y DE HEPATITIS B O C

El artículo 32.1-45.1 enmendado del Código de Virginia (1950) exige que el VDH realice el siguiente aviso:

1. Si algún profesional de la salud o empleado del VDH estuviera expuesto directamente a la sangre o los fluidos corporales de su hijo de manera tal que se puedan transmitir enfermedades, entiendo que la ley exige que mi hijo brinde una muestra de sangre venosa para realizar pruebas adicionales. Entiendo que las pruebas que se realizarán son para detectar infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y por hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de atención médica le informará el resultado de la prueba. 2. Si su hijo estuviera expuesto directamente a la sangre o los fluidos corporales de un profesional de la salud o empleado del VDH de manera tal que se puedan transmitir enfermedades, se analizará la sangre de la persona para detectar infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y por hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de atención médica les informará a usted y a la persona el resultado de la prueba.

*** Seguro *** Responda lo siguiente: Esta información es requerida para fines de financiamiento federal para las vacunas de VFC.

***Nota:** Se le administrarán las vacunas a su hijo(a) sin costo alguno para usted si su hijo(a) es elegible para el Programa de Vacunas Infantiles (VFC). Si su hijo(a) tiene cobertura de un plan de seguro médico privado, el Departamento solicitará el reembolso de todos los costos permitidos relacionados con la administración de la vacuna. Su hijo(a) no será vacunado si no proporciona toda la información del seguro médico solicitada a continuación.

Mi hijo: ☐ no está asegurado (por un seguro privado, Medicaid o FAMIS)

☐ es indio americano o nativo de Alaska

☐ tiene MCO de Medicaid con: Virginia Premier, Optima Community Care, Anthem Healthkeepers Plus, Molina Healthcare, United Healthcare Community Plan o Aetna Better Health (encierra en un círculo su plan)

Número de póliza que aparece en su tarjeta: ____ ¿Es este un plan FAMIS? ☐ SÍ ☐ NO

☐ tiene Medicaid o FAMIS (encierra en un círculo su plan) que no es un plan MCO:

☐ tiene otro seguro no mencionado anteriormente (especifique el nombre de la a

seguranza) ____

Núm. de identificación de la póliza ____

Nombre del titular de la póliza ____

Adjunte una copia del anverso y reverso de la tarjeta del seguro o complete la siguiente información:

Dirección de la compañía de seguros ____

Número de teléfono de la compañía de seguros ____

Autorizo al VDH a divulgar los registros necesarios para apoyar la solicitud de pago de Medicare, Medicaid, y otros beneficios de atención médica. Solicito al tercer pagador que pague cualquier beneficio autorizado a VDH en mi nombre.

Oficina de Privacidad y Seguridad

Autorización para la divulgación de información médica protegida

El presente consentimiento autoriza al Departamento de Salud de Virginia (VDH) a divulgar información médica personal a las personas u organizaciones que he indicado.

- Entiendo que la prestación de tratamiento para mi hijo no podrá depender de que yo firme esta autorización.
- Cualquier información médica que haya sido divulgada por mi hijo o por mí ya no estará protegida por esta autorización.
- Se incluirá el original o una copia de la autorización en el registro médico de mi hijo.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas antes de que yo solicitara la retención del registro médico. Se debe presentar la solicitud por escrito, y esta entrará en vigencia a partir de la fecha de entrega al proveedor que tenga mis registros médicos.
- Autorizo al VDH a divulgar la información médica de mi hijo a su médico de atención primaria y a la escuela.
- Entiendo que los registros de vacunación de mi hijo se conservarán por un plazo de 21 años después del nacimiento.
- Entiendo que se entregará este documento al departamento de salud pública, quien lo conservará, y la escuela no conservará dicho documento.

☐ Marque la casilla si desea recibir una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud de Virginia.

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN CONTRA EL VPH DEL NIÑO:

☐ Mi hijo NUNCA ha sido vacunado contra el VPH. Nota: Su hijo necesitará dos dosis: la primera dosis ahora y la segunda dosis 6 meses después de la dosis 1. NOTA: los niños con ciertas afecciones médicas pueden requerir tres dosis. Consulte con su proveedor para evaluar la necesidad de una tercera dosis.

☐ Mi hijo(a) ha recibido la primera dosis de la vacuna contra el VPH. Nota: la segunda dosis debe recibirse 6 meses después de la dosis 1. He leído la Declaración de Información de Vacunación (VIS) de 2021 para la vacuna contra el VPH. Entiendo los riesgos y beneficios, y doy mi consentimiento al Departamento de Salud y su personal autorizado para que mi hijo(a), mencionado en la parte superior de este formulario reciba la vacuna contra el VPH (inyección). Si es necesario, doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba la segunda dosis aproximadamente seis meses después de la primera dosis.

Firma del padre o tutor legal: ☒ _____ Fecha: ____ / ____ / ____

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA MenACWY DEL NIÑO:

He leído la Declaración de Información sobre Vacunación (VIS) de 2021 para la Vacuna MenACWY. Entiendo los riesgos y beneficios, y doy mi consentimiento al Departamento de Salud y a su personal autorizado para que mi hijo(a), mencionado en la parte superior de este formulario reciba la vacuna antimeningocócica ACWY (inyección).

Firma del padre o tutor legal: ☒ _____ Fecha: ____ / ____ / ____

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA Tdap DEL NIÑO:

He leído la Declaración de Información sobre Vacunación (VIS) de 2021 para la Vacuna Tdap. Entiendo los riesgos y beneficios, y doy mi consentimiento al Departamento de Salud y a su personal autorizado para que mi hijo(a), mencionado en la parte superior de este formulario reciba la vacuna Tdap (inyección).

Firma del padre o tutor legal: ☒ _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Envíe una copia del registro de vacunación de mi hijo a su médico a la siguiente dirección.

Nombre del Médico _____ Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

SOLO PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD						
Date	Item code	Fund Source	Lot Number	Vaccine Administration Site		Provider #
	Tdap	VFC STF		RA	LA	
	MenACWY	VFC STF		RA	LA	
	HPV #1	VFC STF		RA	LA	
	HPV #2	VFC STF		RA	LA	
		VFC STF		RA	LA	
Comments						
Provider Name/Signature and Date						

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/vls

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

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.



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

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

