

## DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA

# Vacuna contra el VRS (virus respiratorio sincitial): *Lo que necesita saber*

Many vaccine information statements are available in Spanish and other languages. See [www.immunize.org/vis](http://www.immunize.org/vis)

Muchas de las hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y otros idiomas. Consulte [www.immunize.org/vis](http://www.immunize.org/vis)

## 1. ¿Por qué vacunarse?

La **vacuna contra el VRS** puede prevenir la enfermedad de las vías respiratorias inferiores causada por el **virus respiratorio sincitial (VRS)**. El VRS es un virus respiratorio común que generalmente causa síntomas leves similares al resfriado.

Por lo general, el VRS se transmite a través del contacto directo con el virus, como gotitas de la tos o estornudos de otra persona que entran en contacto con los ojos, la nariz o la boca. También se puede propagar tocando una superficie que contiene el virus, como un pomo de puerta, y luego tocándose la cara antes de lavarse las manos.

El VRS puede causar enfermedades en personas de todas las edades, pero puede ser especialmente grave para bebés y adultos mayores. Los lactantes y adultos mayores con afecciones médicas crónicas como enfermedad cardíaca o pulmonar, sistemas inmunitarios debilitados o que viven en residencias de ancianos o centros de atención a largo plazo tienen el mayor riesgo de enfermedad grave y complicaciones por el VRS.

Los síntomas de la infección por VRS pueden incluir secreción nasal, disminución del apetito, tos, estornudos, fiebre o sibilancias. La mayoría de las personas se recuperan en una o dos semanas, pero el VRS puede ser grave, lo que provoca dificultad para respirar y bajos niveles de oxígeno. A veces, el VRS también puede provocar el empeoramiento de otras afecciones médicas como el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (una enfermedad crónica de los pulmones que dificulta la respiración) o la insuficiencia cardíaca congestiva (cuando el corazón no puede bombear suficiente sangre y oxígeno a través del cuerpo).

Es posible que los adultos mayores y los bebés que se enferman mucho por el VRS deban ser hospitalizados. Algunos incluso pueden morir.

## 2. Vacuna contra el VRS

Los CDC recomiendan que los **adultos de 60 años o más** puedan recibir una dosis única de la vacuna contra el VRS, según las conversaciones entre el paciente y el proveedor de atención médica.

La vacuna contra el VRS puede administrarse al mismo tiempo que otras vacunas.

## 3. Hable con su proveedor de atención médica

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

- Ha tenido una **reacción alérgica después de una dosis previa de la vacuna contra el VRS** o tiene alguna **alergia grave potencialmente mortal**

En algunos casos, el proveedor de atención médica puede decidir posponer la vacunación contra el VRS hasta una visita futura.

Las personas con enfermedades menores, como un resfriado, pueden vacunarse. Las personas que están moderada o gravemente enfermas generalmente deben esperar hasta recuperarse antes de recibir la vacuna contra el VRS.

El proveedor de atención médica puede darle más información.



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

---

## 4. Riesgos de una reacción a la vacuna

---

- Después de la vacunación contra el VRS, puede haber dolor, enrojecimiento e hinchazón en el lugar de la inyección, fatiga (sensación de cansancio), fiebre, dolor de cabeza, náuseas, diarrea y dolor muscular o articular.

En ensayos clínicos se han notificado muy raras veces afecciones neurológicas graves, incluido el síndrome de Guillain-Barré (SGB), después de la vacunación contra el VRS. No está claro si la vacuna causó estos acontecimientos.

Las personas a veces se desmayan después de procedimientos médicos, incluida la vacunación. Informe al médico si se siente mareado o tiene cambios en la visión o zumbidos en los oídos.

Como con cualquier medicamento, existe una posibilidad muy remota de que una vacuna cause una reacción alérgica grave, otra lesión grave o la muerte.

---

## 5. ¿Qué pasa si hay un problema grave?

---

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

Para otros signos que le preocupen, llame a su proveedor de atención médica.

Las reacciones adversas deben notificarse al Sistema de notificación de acontecimientos adversos de vacunas (Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS). Su proveedor de atención médica generalmente presentará este informe o usted puede hacerlo usted mismo. Visite el sitio web de VAERS en [www.vaers.hhs.gov](http://www.vaers.hhs.gov) o llame al **1-800-822-7967**.

Spanish translation provided by Immunize.org

*VAERS es solo para notificar reacciones y los miembros del personal del VAERS no proporcionan asesoramiento médico.*

---

## 6. ¿Cómo puedo obtener más información?

---

- Pregúntele al proveedor de atención médica.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Visite el sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para obtener prospectos de las vacunas e información adicional en [www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines](http://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines)
- Póngase en contacto 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 los CDC en [www.cdc.gov/vaccines](http://www.cdc.gov/vaccines).





**Suplemento Para la Hoja de Información Sobre la Vacuna contra  
el VRS (virus respiratorio sincitial): *Lo que necesita saber***  
**Declaración de información sobre vacunas**

1. Estoy de acuerdo en que la persona nombrada abajo reciba la vacuna marcada.
2. He recibido o se me ha ofrecido copia de la hoja con la información sobre esta vacuna (VIS).
3. Conozco los riesgos de la enfermedad que esta vacuna previene.
4. Conozco los beneficios y los riesgos de esta vacuna.
5. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la enfermedad, la vacuna y cómo se da la vacuna.
6. Sé que a la persona nombrada abajo se le va a dar una vacuna para prevenir la enfermedad que esta vacuna previene.
7. Soy adulto y puedo dar permiso legalmente para que le den la vacuna a la persona nombrada abajo. Por mi propia voluntad firmo y doy permiso para que le den esta vacuna.

Vacuna que se va a dar:  Vacuna contra el VRS (virus respiratorio sincitial)

<b>Información sobre la persona que va a recibir la vacuna (por favor, en letra de imprenta)</b>				
Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Sexo (marque uno)
				M      F
Dirección	Ciudad	Condado	Estado <b>TX</b>	Código postal
Firma de la persona que va a ser vacunada o la persona autorizada a solicitar la vacuna (padre o tutor legal):				
x _____		Fecha: _____		
x _____		Fecha: _____		
Testigo				

**Notificación Sobre Privacidad** - Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <http://www.dshs.texas.gov> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

**Aviso sobre derechos de la vida privada:** Yo admito haber recibido de mi proveedor de inmunización una copia del aviso sobre derechos de la vida privada, Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA).

**Para uso de la clínica o de la oficina (For Clinic / Office Use Only)**

Clinic / Office Address:	Date Vaccine Administered:
	Vaccine Manufacturer:
	Vaccine Lot Number:
	Site of Injection:
	Title of Vaccine Administrator:
	Signature of Vaccine Administrator:
	Date VIS Given:

**Notice:** Alterations or changes to this publication is prohibited.

**Instructions: File this consent statement in the patient's chart.**