

Free Tdap Vaccines Offered Through School Clinic

Nicklaus Children's Hospital will be offering free Tetanus-diphtheria-acellular pertussis-(also known as Tdap) vaccinations to sixth grade students in Miami-Dade County middle schools and K-8 centers. Florida law requires this vaccine booster before a child enters 7th grade. If the student is past due on any other school-mandated vaccines, these will be provided through the clinic as well. The vaccines will be administered by a registered nurse from Nicklaus Children's Hospital at your school's clinic in the summer of 2024.

If you are interested in having your child vaccinated at school, please complete the attached consent form and health history. The form must be entirely completed and **signed** for your child to receive the vaccination. Students without signed consents will not be vaccinated.

If you have any questions regarding this matter, please reach out to your school registrar.

Thank you for allowing us to serve you,

Nicklaus Children's Hospital School Health Team

Vacunas Gratuitas Contra la Tosferina (Tdap) Ofrecidas en la Clínica Escolar

Nicklaus Children 's Hospital ofrecerá vacunas gratuitas contra la difteria, el tétano(s) y la tosferina, conocida como la vacuna contra la tosferina (Tdap, por sus siglas en inglés) a estudiantes de sexto grado. Esta vacuna de refuerzo es requerida por la ley de la Florida antes de que un niño ingrese al séptimo grado. Si el estudiante le falta otra vacuna obligatoria por ley, esa vacuna también se le ofrecerá. Las vacunas serán administradas por enfermeras registradas de Nicklaus Children's Hospital en la clínica escolar durante la Verano de 2024.

Padres interesados en estas vacunas escolares deben completar el formulario de consentimiento el historial médico adjunto a este correo. El consentimiento y el historial de salud deben estar completados y **firmados** para que su hijo sea vacunado. Los estudiantes sin consentimiento firmado no serán vacunados. Por favor comuníquese con el registrador de su escuela si tiene alguna pregunta.

Gracias por permitirnos servirles,

Equipo de salud Escolar de Nicklaus Children 's Hospital



0 2 5 2

I have read/or have been explained the benefits and risks of the vaccines that my child will be receiving as outlined in the CDC (Center for Disease Control) Vaccine Information Sheet (VIS) provided to me. I had the opportunity to ask questions in regards to the vaccines and had these questions answered to my satisfaction. I am legally authorized to consent for administration of the vaccine(s) as prescribed by the authorized provider of Nicklaus Children's Hospital. I fully understand the benefits, risks, and adverse effects which may result from any of the administered vaccines. I do hereby agree to not hold Nicklaus Children's Hospital responsible for any adverse reactions/side effects which may result from any of the administered vaccines and by signing below and initialing alongside each vaccine; I acknowledge this as well as agree to the administration of the vaccine(s) to my child.

Mwen te li/oswa yo te eksplike m avantaj ak risk ki gen nan vaksen yo timoun mwen an pral pral resevwa jan sa endike nan Fich Enfòmasyon sou Vaksen CDC (Center for Disease Control) Vaccine Information Sheet (VIS) yo ban mwen an. Mwen te gen okazyon pou poze kesyon konsènan vaksen yo epi yo te reponn kesyon sa yo yon fason ki satisfè m. Mwen otorize sou plan legal pou bay konsantman pou yo bay vaksen an (vaksen yo) jan founisè otorize Nicklaus Children's Hospital la preskri a. Mwen konprann konplètman avantaj, risk, ak efè negatif ki ka soti nan nenpòt nan vaksen yo bay yo. Ak dokiman sa, mwen aksepte pou m pa mete responsablite sou do Nicklaus Children's Hospital pou nenpòt reyaksyon negatif/efè segondè ki ka soti nan nenpòt nan vaksen yo bay yo epi mwen siyen anba a ak mwen mete inisyal mwen akote chak vaksen; mwen rekonèt sa epi mwen aksepte pou yo bay timoun mwen an vaksen an (vaksen yo).

Yo he leído/o me han explicado los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) que mi niño(a) recibirá según descritas en la Hoja de Información de Vacunas (VIS) del CDC (Center for Disease Control). He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales me han sido contestadas satisfactoriamente. Yo estoy legalmente autorizada(o) a dar consentimiento para la administración de la(s) vacuna(s) según prescritas por el proveedor autorizado como parte del Nicklaus Children's Hospital. Yo entiendo los beneficios y riesgos asociados con las vacunas indicadas para el niño(a) cuyo nombre esta escrito abajo. Yo autorizo y no hago responsable al Nicklaus Children's Hospital por ninguna reacción adversa o efecto(s) secundarios que puedan resultar de la administración de la vacuna(s), y al firmar y poner mis iniciales al lado de cada vacuna, autorizo y estoy de acuerdo que sea administrada.

Parent / Legal Guardian Name: _____	Signature: _____	Date: _____	Time: _____
Non Paran / Gadyen Legal	Siyati	Dat	Lè
Nombre del Padre / Guardian Legal	Firma	Fecha	Hora
Witness Name: _____	Signature: _____	Date: _____	Time: _____
Non Temwen	Siyati	Dat	Lè
Nombre de Testigo	Firma	Fecha	Hora

PROHIBITED ABBREVIATIONS - PLEASE WRITE COMPLETE WORD(S)	Abbreviations to avoid:
U - u - IU	microgram symbol µg
Q.D. - QD - q.d. - qd - Q.O.D. - QOD - q.o.d - qod	Greater than or Less than > or <
MS - MSO ₄ MgSO ₄	subcutaneous sc
5.0 mg (trailing zero) - .5 mg (lack of leading zero)	



Screening Checklist for Contraindications to Vaccines for Children and Teens

PATIENT NAME _____

PATIENT DATE OF BIRTH _____ / _____ / _____
month day year

For parents/guardians: The following questions will help us determine which vaccines your child may be given today. If you answer "yes" to any question, it does not necessarily mean your child should not be vaccinated. It just means additional questions must be asked. If a question is not clear, please ask your healthcare provider to explain it.

	yes	no	don't know
1. Is the child sick today?	☐	☐	☐
2. Does the child have allergies to medicine, food, a vaccine component, or latex?	☐	☐	☐
3. Has the child had a serious reaction to a vaccine in the past?	☐	☐	☐
4. Does the child have a long-term health problem with heart, lung (including asthma), kidney, liver, nervous system, or metabolic disease (e.g., diabetes), a blood disorder, no spleen, a cochlear implant, or a spinal fluid leak? Are they taking regular aspirin or salicylate medication?	☐	☐	☐
5. For children age 2 through 4 years: Has a healthcare provider told you that the child had wheezing or asthma in the past 12 months?	☐	☐	☐
6. For babies: Have you ever been told the child had intussusception?	☐	☐	☐
7. Has the child, a sibling, or a parent had a seizure; has the child had a brain or other nervous system problem?	☐	☐	☐
8. Has the child ever been diagnosed with a heart condition (myocarditis or pericarditis) or have they had Multisystem Inflammatory Syndrome (MIS-C) after an infection with the virus that causes COVID-19?	☐	☐	☐
9. Does the child have an immune-system problem such as cancer, leukemia, HIV/AIDS?	☐	☐	☐
10. In the past 6 months, has the child taken medications that affect the immune system such as prednisone, other steroids, or anticancer drugs; drugs to treat rheumatoid arthritis, Crohn's disease, or psoriasis; or had radiation treatments?	☐	☐	☐
11. Does the child's parent or sibling have an immune system problem?	☐	☐	☐
12. In the past year, has the child received immune (gamma) globulin, blood/blood products, or an antiviral drug?	☐	☐	☐
13. Is the child/teen pregnant?	☐	☐	☐
14. Has the child received vaccinations in the past 4 weeks?	☐	☐	☐
15. Has the child ever felt dizzy or faint before, during, or after a shot?	☐	☐	☐
16. Is the child anxious about getting a shot today?	☐	☐	☐

FORM COMPLETED BY _____ DATE _____

FORM REVIEWED BY _____ DATE _____

Did you bring your immunization record card with you? yes ☐ no ☐

It is important to have a personal record of your child's vaccinations. If you don't have one, ask the child's healthcare provider to give you one with all your child's vaccinations on it. Keep it in a safe place and bring it with you every time you seek medical care for your child. Your child will need this document to enter day care or school, for employment, or for international travel.



Lista de verificación de contradicciones de las vacunas para niños y adolescentes

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____
mes día año

Para padres/tutores: las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas se le pueden administrar hoy a su hijo. Si responde “sí” a alguna pregunta, no significa necesariamente que su hijo no deba vacunarse. Solo significa que se deben hacer otras preguntas. Si una pregunta no está clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

	sí	no	no sé
1. ¿El niño está enfermo hoy?	☐	☐	☐
2. ¿El niño tiene alergias a medicamentos, alimentos, un componente de la vacuna o látex?	☐	☐	☐
3. ¿El niño ha tenido una reacción grave a una vacuna en el pasado?	☐	☐	☐
4. ¿El niño tiene un problema de salud a largo plazo con enfermedades cardíacas, pulmonares (incluida asma), renales, hepáticas, del sistema nervioso o metabólicas (p. ej., diabetes), un trastorno de la sangre, ausencia de bazo, implante coclear o una fuga de líquido cefalorraquídeo? ¿Está tomando regularmente aspirina o medicamento con salicilato?	☐	☐	☐
5. Para niños de 2 a 4 años: ¿Le ha dicho un proveedor de atención médica que el niño ha tenido sibilancias o asma en los últimos 12 meses?	☐	☐	☐
6. Para bebés: ¿Le han dicho alguna vez que el niño tuvo intususcepción?	☐	☐	☐
7. ¿El niño, un hermano o un padre ha tenido una convulsión? ¿El niño ha tenido un problema cerebral u otro problema del sistema nervioso?	☐	☐	☐
8. ¿Se le ha diagnosticado alguna vez al niño una condición cardíaca (miocarditis o pericarditis) o ha tenido síndrome inflamatorio multisistémico (SIM-C) después de una infección con el virus que causa el COVID-19?	☐	☐	☐
9. ¿El niño tiene algún problema con el sistema inmunitario, como cáncer, leucemia, VIH/SIDA?	☐	☐	☐
10. En los últimos 6 meses, ¿el niño ha tomado medicamentos que afectan al sistema inmunitario, como prednisona, otros esteroides o fármacos contra el cáncer; fármacos para tratar la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o ha recibido radioterapia?	☐	☐	☐
11. ¿Tienen los padres o los hermanos del niño algún problema con el sistema inmunitario?	☐	☐	☐
12. Durante el año pasado, ¿el niño ha recibido globulina inmunitaria (gamma), hemoderivados o un fármaco antiviral?	☐	☐	☐
13. ¿La niña/adolescente está embarazada?	☐	☐	☐
14. ¿El niño ha recibido vacunas en las últimas 4 semanas?	☐	☐	☐
15. ¿El niño se ha mareado o desmayado alguna vez antes, durante o después de una inyección?	☐	☐	☐
16. ¿El niño está ansioso por ponerse una inyección hoy?	☐	☐	☐

FORMULARIO COMPLETADO POR _____ FECHA _____

FORMULARIO REVISADO POR _____ FECHA _____

¿Trajo la tarjeta de registro de inmunización? sí ☐ no ☐

Es importante tener un registro personal de las vacunas de su hijo. Si no tiene uno, pida al proveedor de atención médica del niño que le proporcione uno con todas las vacunas de su hijo. Guárdelo en un lugar seguro y llévelo consigo cada vez que busque atención médica para su hijo. Su hijo necesitará este documento para acceder a la guardería o a la escuela, para trabajar o para viajes internacionales.



Immunization form for patients 0-6 years of age

Vaccine	Vaccine Information Statement (VIS)**		Parent Initial**	Vaccine Brand Name	Dose/Route	Site Given	Vaccine			Date/Time Vaccine Administered (mo/day/yr)	Signature of Vaccinator
	VIS Date**	Date/Time VIS Given**					Lot #	MFR	Exp Date		
Diphtheria, Tetanus, Pertussis					0.5 mL IM						
					0.5 mL IM						
					0.5 mL IM						
					0.5 mL IM						
					0.5 mL IM						
Haemophilus influenzae type b					0.5 mL IM						
					0.5 mL IM						
					0.5 mL IM						
					0.5 mL IM						
Hepatitis A					0.5 mL IM						
					0.5 mL IM						
Hepatitis B					0.5 mL IM						
					0.5 mL IM						
					0.5 mL IM						
					0.5 mL IM						
Influenza					0.25 / 0.5 mL IM						
					0.25 / 0.5 mL IM						
Measles, Mumps, Rubella					0.5 mL Subcut						
					0.5 mL Subcut						
Meningococcal Group A/C/Y and W-135					0.5 mL IM						
Meningococcal Group B					0.5 mL IM						
Pneumococcal					0.5 mL IM						
					0.5 mL IM						
					0.5 mL IM						
					0.5 mL IM						
Polio					0.5 mL IM/Subcut						
					0.5 mL IM/Subcut						
					0.5 mL IM/Subcut						
					0.5 mL IM/Subcut						
Rabies					1 mL IM						
Rotavirus					_____ mL PO						
					_____ mL PO						
					_____ mL PO						
Varicella					0.5 mL Subcut						
					0.5 mL Subcut						

****These fields must be completed and scanned into the EMR prior to dispensing vaccine.**

Abbreviation Legend: Exp=Expiration; RA=Right Arm; LA=Left Arm; RAT=Right Anterior Thigh; LAT=Left Anterior Thigh; RD=Right Deltoid; LD=Left Deltoid; Subcut = subcutaneous
Manufacturer (MFR) Legend: WY=Wyeth Lederie; L=Lecorle; GSK=Glaxo Smith Kline; M= Merck; A=Aventis SP=Sanofi Pasteur



Immunization form for patients 7 years of age and greater

Vaccine	Vaccine Information Statement (VIS)**		Parent Initial**	Vaccine Brand Name	Dose/Route	Site Given	Vaccine			Date/Time Vaccine Administered (mo/day/yr)	Signature of Vaccinator
	VIS Date**	Date/Time VIS Given**					Lot #	MFR	Exp Date		
Diphtheria, Tetanus, Pertussis					0.5 mL IM						
					0.5 mL IM						
					0.5 mL IM						
Hepatitis A					0.5 mL IM						
					0.5 mL IM						
Hepatitis B					0.5 mL IM						
					0.5 mL IM						
					0.5 mL IM						
					0.5 mL IM						
Influenza					0.25 / 0.5 mL IM						
					0.25 / 0.5 mL IM						
Measles, Mumps, Rubella					0.5 mL Subcut						
					0.5 mL Subcut						
Meningococcal Group A/C/Y and W-135					0.5 mL IM						
Meningococcal Group B					0.5 mL IM						
Pneumococcal					0.5 mL IM						
Polio					0.5 mL IM/Subcut						
					0.5 mL IM/Subcut						
					0.5 mL IM/Subcut						
					0.5 mL IM/Subcut						
Rabies					1 mL IM						
Varicella					0.5 mL Subcut						
					0.5 mL Subcut						

****These fields must be completed and scanned into the EMR prior to dispensing vaccine.**

Abbreviation Legend: Exp=Expiration; RA=Right Arm; LA=Left Arm; RAT=Right Anterior Thigh; LAT=Left Anterior Thigh; RD=Right Deltoid; LD=Left Deltoid; Subcut = subcutaneous
Manufacturer (MFR) Legend: WY=Wyeth Lederle; L=Lecorle; GSK=Glaxo Smith Kline; M= Merck; A=Aventis SP=Sanofi Pasteur

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/vis

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

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.



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/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 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.

