

VACUNA CONTRA LA VIRUELA

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y ANTECEDENTES MÉDICOS DEL PACIENTE

Para uso de la clínica solamente:

Vacuna inicial:

Revacunación: (NVP inicial _____)

Fecha: _____
mm dd aaaa

Ponga la etiqueta del número de
vacunación del paciente (NVP) aquí

EL PACIENTE DEBE COMPLETAR LAS SECCIONES A, B, C, D, E y F.

Por favor, use lapicera y escriba en letra de imprenta.

SECCIÓN A INFORMACIÓN GENERAL DEL PACIENTE

Título: _____ Nombre: _____
(Sr., Srta., Sra., Dr., etc.)

Segundo nombre: _____

Apellido: _____

Sufijo: _____
(Jr., Sr., MD., etc.)

Número de seguridad social (opcional): _____

† Fecha de nacimiento (debe indicar el año): _____

Sexo: Masculino Femenino

Dirección: _____

Nº de apto: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____ Condado: _____

Su información de contacto:

Teléfono particular: (____) _____ - _____ Trabajo: (____) _____ - _____ ext. _____

Teléfono celular: (____) _____ - _____ Fax: (____) _____ - _____

Buscapersonas/Mensajes: (____) _____ - _____

Nº de identificación del buscapersonas/mensajes: _____

Dirección electrónica: _____

Ocupación: _____

Raza/grupo étnico : (opcional, usted no tiene que proporcionar esta información. Si opta por proporcionarla, puede seleccionar más de una categoría):

Grupo étnico hispano o latino

Asiático

Negro o afro americano

Nativo de Hawaii u otra isla del Pacífico

Indoamericano o nativo de Alaska

Blanco

† ¿Estuvo en el ejército antes de 1984? Sí No

SECCIÓN B HISTORIA DE VACUNACIÓN DEL PACIENTE

¿Cuántas veces recibió la vacuna contra la viruela? NO cuente las vacunas contra la viruela que recibió desde enero de 2003 como parte del Programa Nacional de Vacunación contra la Viruela (NSVP por sus siglas en inglés)

0 1 2 Más de 2 No sabe

Indique el año de su vacunación **más reciente** antes de la NSVP si lo sabe: _____

† Por favor, indique la fuente de la fecha Documento (por ej., tarjeta de vacunación) Se acuerda (de memoria)

Si el año de su vacunación **más reciente** antes del NSVP es desconocido: (marque uno)

Me vacuné cuando era niño pero no puedo recordar la fecha

Me vacuné cuando ya era adulto pero no puedo recordar la fecha

¿Le han informado (por ejemplo, el médico o sus padres) que su vacunación fue exitosa?

Sí No No sabe

¿Tiene la cicatriz de la vacuna? Sí No No sabe

¿Tuvo alguna reacción negativa a la vacuna? Sí No No sabe

Si respondió sí, no debería vacunarse en esta oportunidad si la reacción a la vacuna fue seria.

Por favor, indique detalles de la reacción _____

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES



Fecha: _____
mm dd aaaa

Nombre del paciente: _____ NVP: _____

SECCIÓN C CONTACTO CON EL PACIENTE DESPUÉS DE LA VACUNACIÓN

Durante el mes que sigue a la vacunación, podría ser necesario contactarlo como seguimiento de rutina.
¿Podríamos comunicarnos con usted en el futuro para que participe en una encuesta? Sí No

SECCIÓN D ORGANIZACIÓN QUE LO REFIRIÓ

Por favor, proporcione la información siguiente sobre la organización que lo derivó para la vacunación.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Condado: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

SECCIÓN E ANTECEDENTES MÉDICOS DEL PACIENTE

¿Ha recibido la vacuna contra la varicela el último mes? Sí No
Si respondió sí, no deberá ponerse la vacuna contra la viruela en esta oportunidad.

¿Toma actualmente medicamentos? Sí No
Si respondió sí, por favor, liste los medicamentos (también vea las preguntas 3, 4, y 17 a continuación):

¿Está enfermo hoy? Sí No
Si respondió sí, por favor, describa su enfermedad, podría ser necesario esperar para ponerse la vacuna

¿Está usted en alguna de las situaciones siguientes? Sí No

Sistema inmunológico debilitado

1. ¿Tiene alguna enfermedad que debilita el sistema inmunológico tal como VIH/SIDA, leucemia, linfoma o la mayoría de los otros cánceres, trasplante de órganos, o trastornos por inmunodeficiencias primarias?
2. ¿Sufre de una enfermedad autoinmunitaria grave como lupus que podría debilitar el sistema inmunológico?
3. ¿Toma actualmente o ha tomado recientemente medicamentos que pueden debilitar el sistema inmunológico como esteroides (por ej., prednisona), algún medicamento para enfermedades autoinmunitarias, o medicamentos luego de un trasplante de órganos?
4. ¿Recibe ahora tratamiento contra el cáncer con medicamentos o radiación o ha recibido dicho tratamiento en los últimos 3 meses?

Problemas cutáneos

5. ¿Tiene ahora, o ha tenido en el pasado, dermatitis atópica, a menudo conocida como eczema (incluso cuando era bebé o niño y la enfermedad no fue grave)?
6. ¿Tiene ahora problemas en la piel que han creado heridas en la piel tal como erupción cutánea, quemaduras graves, impétigo, varicela, culebrilla (herpes zoster), herpes, soriasis o acné grave?
7. ¿Sufre de la enfermedad de Darier (un problema en la piel que usualmente comienza en la niñez)?

Problemas cardíacos

8. ¿Le ha diagnosticado alguna vez un médico problemas cardíacos con o sin síntomas, tales como un infarto de miocardio previo (ataque al corazón), angina (dolor en el pecho causado por falta de flujo sanguíneo al corazón), insuficiencia cardíaca congestiva o miocardiopatía?
9. ¿Ha tenido alguna vez un accidente cerebrovascular o ataque isquémico transitorio (un "mini ataque" que produce síntomas parecidos al accidente cerebrovascular pero no quedan daños duraderos)?
10. ¿Tiene dolor en el pecho o le falta el aire cuando hace un esfuerzo (como por ejemplo, cuando sube las escaleras)?
11. ¿Sufre de otra enfermedad cardíaca que requiere la atención de un médico?
12. ¿Sufre de tres o más de los siguientes factores de riesgo?
 - a. El médico le ha dicho que sufre de hipertensión arterial.
 - b. El médico le ha dicho que tiene colesterol alto.
 - c. El médico le ha dicho que tiene diabetes o nivel de azúcar en la sangre alto.
 - d. Tiene un pariente de primer grado (por ejemplo, madre, padre, hermano o hermana) que haya sufrido de una enfermedad cardíaca antes de los 50 años.
 - e. Fuma cigarrillos actualmente.

Fecha: _____
mm dd aaaa

Nombre del paciente: _____ NVP: _____

SECCIÓN E ANTECEDENTES MÉDICOS DEL PACIENTE *continuación*

Embarazada o dando pecho

13. ¿Está embarazada, podría estar embarazada o podría quedar embarazada en el próximo mes?
14. El mes pasado, ¿ha tenido relaciones sexuales sin usar un método anticonceptivo eficaz o piensa que tendrá relaciones sexuales sin usar un método anticonceptivo eficaz después de la vacunación?
15. ¿Está dando pecho o usando una bomba para sacar la leche materna y luego dársela al bebé en el biberón?

Otra

16. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a la vacuna contra la viruela, el látex o los antibióticos polimixina B, estreptomycin, clortetraciclina o neomicina que puso en peligro su vida?
17. ¿Está recibiendo tratamiento con esteroides en gotas para los ojos?

**SI RESPONDIÓ SÍ A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES,
NO DEBERÁ PONERSE LA VACUNA CONTRA LA VIRUELA EN ESTA OPORTUNIDAD.**

Si respondió NO, por favor, continúe con las siguientes preguntas sobre las personas que viven con usted.

¿Están sus contactos cercanos en algunas de las situaciones siguientes? Sí No
(Un "contacto cercano" es una persona que vive con usted o con la que tiene relaciones sexuales. Estas personas no incluyen a amigos o compañeros de trabajo.)

Sistema inmunológico debilitado

1. ¿Sufre alguno de sus contactos cercanos de una enfermedad que debilite el sistema inmunológico tales como VIH/SIDA, leucemia, linfoma o la mayoría de los otros cánceres; trasplante de órganos; o trastornos de inmunodeficiencias primarias?
2. ¿Sufre alguno de sus contactos cercanos de una enfermedad autoinmunitaria grave tal como lupus que podría debilitar el sistema inmunológico?
3. ¿Toma o ha tomado recientemente alguno de sus contactos cercanos medicamentos que pueden debilitar el sistema inmunológico como esteroides (por ej., prednisona), algún medicamento para enfermedades autoinmunitarias, o medicamentos luego de un trasplante de órganos?
4. ¿Recibe ahora alguno de sus contactos cercanos tratamiento para el cáncer con medicamentos o radiación o ha recibido dicho tratamiento en los últimos 3 meses?

Problemas cutáneos

5. ¿Tiene o ha tenido en el pasado, alguno de sus contactos cercanos dermatitis atópica, conocida como eczema (incluso cuando era bebé o niño y la enfermedad no fue grave)?
6. ¿Tiene ahora alguno de sus contactos cercanos problemas en la piel con lesiones tales como erupción cutánea, quemaduras graves, impétigo, varicela, culebrilla (herpes zoster), herpes, soriasis, irritación grave causada por los pañales o acné grave?
7. ¿Sufre alguno de sus contactos cercanos de la enfermedad de Darier (un problema en la piel que usualmente comienza en la niñez)?

Embarazo

8. ¿Está alguno de sus contactos cercanos embarazada, podría estar embarazada o podría quedar embarazada en el próximo mes?

SI RESPONDIÓ SÍ A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES,

Comentarios del evaluador/Notas aclaratorias (para uso de la clínica solamente): _____

Fecha: _____
mm dd aaaa

Nombre del paciente: _____ NVP: _____

SECCIÓN F CONSENTIMIENTO FIRMADO (LO DEBE GUARDAR LA CLÍNICA DONDE SE PONE LA VACUNA)

He:

- recibido, leído y entiendo el paquete de información previo a la vacunación contra la viruela, inclusive el documento de información sobre la vacuna contra la viruela (VIS) y la hoja de evaluación previa a la vacunación;
- considerado mi propia situación médica así como la de mi contacto cercano;
- tenido la oportunidad de conversar sobre mis inquietudes médicas con mi proveedor de atención médica o un proveedor de atención médica en la clínica donde se administra la vacuna;
- tenido la oportunidad de ser referido a un laboratorio para que me hagan pruebas confidenciales de enfermedades que podrían aumentar el riesgo de sufrir reacciones adversas a la vacuna;
- respondido a las preguntas anteriores conforme a mi leal saber y entender.

Entiendo que recibir la vacuna es una decisión personal . Acepto recibir la vacuna contra la viruela.

Firma del paciente

Fecha

Declaración de la Ley de Privacidad

La información solicitada en este formulario, incluido el número de seguridad social (NSS), se recaba en conformidad con la Sección 311 de la Ley de Servicio de Salud Pública (42 U.S.C. 243), la NCVIA (42 U.S.C. 300aa-2(a)), y la Sección 304 de la Ley de Seguridad del Territorio Nacional de 2002 (Pub. L. No. 107-296). La información se usará en el análisis y seguimiento de eventos importantes asociados con la vacunación contra la viruela y para asegurar la disponibilidad de equipos de respuesta a la viruela. El NSS se solicita con el propósito de verificar la identidad. La entrega de la información solicitada, incluido el NSS, es voluntaria; sin embargo, con información más completa, los objetivos de salud pública, tales como una monitorización y seguimiento adecuado de eventos adversos potenciales, se puede lograr con mayor facilidad. Los individuos que no proporcionen toda la información solicitada (excepto las partes marcadas como opcionales) no podrán ser seleccionados para recibir la vacuna contra la viruela. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades podrán compartir la información identificatoria con el personal autorizado del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. y autoridades médicas de salud pública o de entidades con las que se mantienen relaciones de cooperación.

Fecha: _____
mm dd aaaa

Nombre del paciente: _____ NVP: _____

SECCIÓN G INFORMACIÓN ACTUAL SOBRE LA VACUNACIÓN (PARA USO DEL PERSONAL DE LA CLÍNICA)

La información sobre la clínica que coloca la vacuna y el lote de la vacuna no necesita ser incluida si se usa un formulario de consentimiento y antecedentes médicos previamente completado y PVS pre-impreso.

Información sobre la clínica que coloca la vacuna

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Condado: _____ Teléfono: (____) _____ - _____ Fax: (____) _____ - _____

Disposición

Referido para vacunación Diferido por razones médicas Rehusó la vacunación

† ¿Vio el personal de la clínica la cicatriz de la vacuna contra la viruela? Sí No

† ¿Estado de la persona que se vacuna? Vacuna primaria Revacunación

Información sobre la administración de la vacuna

Fecha de vacunación: _____ Brazo donde se colocó la vacuna: Derecho Izquierdo Otro: _____

Vacuna administrada por: _____
Por favor, escriba el nombre, apellido y sufijo profesional (MD, RN, etc.)

Información sobre el lote de la vacuna

Tipo de vacuna:	Nº de lote:
Programa:	Nº externo:
Potencia de la dilución:	Fecha de lote:
Nº de lote del diluyente:	Nº del lote de la vacuna:
Fabricante del lote del diluyente:	Fabricante del lote de la vacuna:

Evaluación y respuesta al resultado

Nombre de la organización/clínica donde se evaluará el resultado: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Condado: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Evaluación de la respuesta al resultado realizada por: _____
Por favor, escriba el nombre, apellido y sufijo profesional (MD, RN, etc.)

Fecha de evaluación (deberá ser 6 a 8 días después de la vacunación): _____
mm dd aaaa

Respuesta al resultado (marque solamente un casillero)

Clara (usualmente una vacunación exitosa se caracteriza por una lesión pustulosa o un área de congestión o endurecimiento definida que rodea a una lesión central, que podría ser una costra o úlcera; vea el sitio Web de los CDC para más información)

No es clara (todas las otras respuestas)

No está disponible, razón: _____
por ejemplo, no se lo puede contactar, murió, hospitalizado, rehusó, otro)

¿Se considera a la persona vacunada inmune para el trabajo de equipos de respuesta?

Sí (la vacuna logró una respuesta clara o fue revacunado y tuvo dos respuestas no claras)

No

Comentarios adicionales: _____

† Para determinar la situación de la persona vacunada, vea los artículos marcados con letra *cursiva* en las secciones A, B, y G. Para más información sobre la determinación del estado de vacunación o evaluar las respuestas a la vacunación, visite www.bt.cdc.gov/agent/smallpox/vaccination/statusprocedure.asp

Las reacciones adversas deberán ser informadas al VAERS en www.vaers.org o al 1-800-822-7967

