



## Hoja de evaluación previa a la vacunación contra la viruela

Usted ha recibido el Documento de información sobre la vacuna (*Vaccine Information Statement, VIS*) contra la viruela denominada "Vacuna contra la viruela: lo que necesita saber". El VIS contiene información importante sobre la vacunación contra la viruela y describe a las personas que no deberían vacunarse contra la viruela o que deberían esperar para ponerse la vacuna debido a su propia salud o la de los "contactos cercanos". ("Contacto cercano" se refiere a cualquier persona que vive en su casa, con quien tiene contacto físico o relaciones sexuales o con quien comparte la cama. No quiere decir amigos ni compañeros de trabajo).

Por favor, lea el VIS detenidamente y luego responda las preguntas que aparecen en esta hoja de evaluación. El VIS y las preguntas le ayudarán a decidir si debería ponerse o no la vacuna contra la viruela. Responda cada pregunta de la mejor manera posible. **Algunas preguntas en esta hoja de evaluación son muy personales. No** se requiere que ponga su nombre en ella y debe llevarse. El personal de la clínica de vacunación no le pedirá ni recogerá esta hoja. Si lo desea, puede hacer preguntas sobre la misma al personal de la clínica.

Pida ayuda a un proveedor de atención médica si no entiende alguna pregunta o si tiene alguna inquietud. Si necesita más información, visite [www.cdc.gov/smallpox](http://www.cdc.gov/smallpox). También puede llamar al (888) 246-2675 (inglés), (888) 246-2857 (español), u (866) 874-2646 (TTY). Las llamadas son gratuitas.

- Si responde "NO" a **TODAS** las preguntas en la hoja, puede ir a la clínica a ponerse la vacuna.
- Si responde "SÍ" a una o más preguntas, siga las instrucciones dadas.
- **Si usted no sabe, solicite respuestas a su proveedor de atención médica (o al proveedor de atención médica de su contacto cercano) antes de ir a la clínica a ponerse la vacuna.**

**Por favor, lea la siguiente información de importancia sobre la infección por VIH antes de llenar este formulario.**

Hasta 300,000 personas en los Estados Unidos podrían estar infectadas con el VIH sin saberlo. Es posible estar infectado con el VIH y sentirse bien. Si usted está infectado con el VIH, podría sufrir efectos secundarios muy graves de la vacuna contra la viruela. Por eso, antes de ponerse la vacuna, es importante saber si está infectado con el VIH. Si no lo sabe, hágase la prueba del VIH. A continuación se incluye una lista de situaciones que podrían aumentar el riesgo de contraer la infección por VIH. **Si usted está en algunas de estas situaciones, asegúrese de hacerse la prueba del VIH antes de ponerse la vacuna contra la viruela.**

### Debería hacerse una prueba del VIH si usted

- Usa agujas para inyectarse alguna sustancia **NO** recetada por su médico
- Se pinchó con una aguja por accidente
- Tuvo relaciones sexuales con alguna persona que tiene VIH/SIDA o que resultó positiva a las pruebas de VIH/SIDA
- Tuvo relaciones sexuales con una prostituta o alguna persona que acepta dinero o drogas a cambio de relaciones sexuales
- Tuvo relaciones sexuales con alguna persona que alguna vez usó agujas para inyectarse una sustancia **NO** recetada por un médico

## Hoja de evaluación previa a la vacunación contra la viruela

(continuación de la página anterior)

- **Para las mujeres:** Tuvo relaciones sexuales con un hombre que alguna vez tuvo relaciones sexuales con otro hombre
- **Para los hombres:** Tuvo relaciones sexuales con otro hombre

### A. Por favor, responda estas preguntas sobre su salud y la salud de sus contactos cercanos

Afecciones médicas	¿Tiene usted esta afección?	¿Algún contacto cercano tiene esta afección?
Tiene cáncer o recibió tratamiento contra el cáncer en los últimos 3 meses	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ↓ No se ponga la vacuna	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ↓ No se ponga la vacuna
Recibió un trasplante de órgano o médula ósea	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ↓ No se ponga la vacuna	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ↓ No se ponga la vacuna
Sufre de una enfermedad que afecta el sistema inmunológico como VIH/SIDA, linfoma, leucemia o un trastorno de inmunodeficiencia primaria	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ↓ No se ponga la vacuna	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ↓ No se ponga la vacuna
Sufre de lupus u otra enfermedad autoinmunitaria grave que podría debilitar al sistema inmunológico	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ↓ ESPERE para ponerse la vacuna hasta DESPUÉS de consultar a un médico	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ↓ ESPERE para ponerse la vacuna hasta DESPUÉS de consultar al médico de su contacto cercano
Sufre de la enfermedad de Darier, una enfermedad de la piel que generalmente comienza en la infancia	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ↓ No se ponga la vacuna	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ↓ No se ponga la vacuna
Tiene muchas lesiones en la piel (tales como las causadas por fuertes quemaduras, impétigo, soriasis, pitiriasis rosada, herpes, acné extenso, hiedra venenosa, roble venenoso, varicela, culebrilla (herpes zoster) u otras erupciones cutáneas tales como "pañalitis" en los bebés (dermatitis del pañal) o erupciones causadas por medicamentos recetados)	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ↓ ESPERE para ponerse la vacuna hasta DESPUÉS de que se cure la piel	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ↓ ESPERE para ponerse la vacuna hasta DESPUÉS de que se cure la piel del contacto cercano

**Hoja de evaluación previa a la vacunación contra la viruela**  
(continuación de la página anterior)

Afecciones médicas	¿Tiene <b>usted</b> esta afección?	¿Algún <b>contacto cercano</b> tiene esta afección?
A usted alguna vez le ha dicho un proveedor de atención médica que tiene dermatitis atópica (a menudo llamada "eczema"), aun cuando sea leve, no esté activa actualmente o la haya tenido solamente cuando era bebé o niño	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ↓ No se ponga la vacuna	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ↓ No se ponga la vacuna

Es probable que algunas personas no sepan con exactitud si alguna vez tuvieron dermatitis atópica (o eczema). Responda estas preguntas para ayudar a **determinar si usted o un contacto cercano alguna vez tuvo dermatitis atópica o eczema.**

1. ¿Tiene actualmente una **erupción cutánea enrojecida que pica** y que aparece y desaparece pero que usualmente dura más de 2 semanas o tuvo dicha erupción cuando era bebé o niño?
- SÍ → Es posible que haya tenido dermatitis atópica (o eczema) y **NO** debería ponerse la vacuna en esta oportunidad. Por favor, asegúrese de responder las preguntas 2 y 3.
  - NO → **PASE A la pregunta 4**
  - No sabe → Debería conversar con su médico sobre cualquier erupción cutánea que tenga.

Si puede, por favor suministre la información que le dio el médico con respecto a dicha erupción:

---

2. ¿Le afectó la erupción cutánea con picazón los pliegues de los **codos** o las **rodillas**?
- SÍ → Es posible que tenga eczema o dermatitis atópica y **NO** debería vacunarse en esta oportunidad
  - NO
  - No sabe

3. ¿Sufrió de **alergias a las comidas** cuando era bebé o niño?
- NO
  - No sabe
  - SÍ → ¿Sufre también de **asma** o **fiebre del heno**?
    - SÍ → Es posible que tenga eczema o dermatitis atópica y **NO** debería vacunarse en esta oportunidad
    - NO

4. ¿Algún contacto cercano tiene una **erupción cutánea con picazón** que aparece y desaparece pero que usualmente dura más de 2 semanas o tuvo dicha persona esta erupción cuando era bebé o niño?
- NO → **PASE A la Sección B**

## Hoja de evaluación previa a la vacunación contra la viruela

(continuación de la página anterior)

Sí o  No sabe →

Se necesita más información sobre su contacto cercano antes de administrarle la vacuna contra la viruela. **Por favor, responda las preguntas 5 a 7.** Si no sabe la respuesta a las preguntas que siguen, por favor solicite a la persona que corresponda que le ayude a responderlas. Los padres deberán responder estas preguntas si tienen que ver con un niño.

5. ¿Tiene su contacto cercano actualmente una **erupción cutánea enrojecida que pica** y que aparece y desaparece pero que usualmente dura más de 2 semanas o tuvo dicha erupción cuando era bebé o niño?

Sí → Su contacto cercano podría tener eczema o dermatitis atópica. Por favor, consiga información para poder responder las preguntas 6 y 7. Consulte con el médico de su contacto cercano acerca de la erupción.

NO

Si puede, por favor suministre la información que le dio el médico sobre esta erupción:

---

6. ¿Afectó la erupción cutánea con picazón los pliegues de los **codos** o **rodillas**?

Sí → Es posible que su contacto cercano tenga eczema o dermatitis atópica y **NO** debería vacunarse en esta oportunidad

NO

No sabe

7. ¿Tuvo la persona con erupción cutánea **alergias a las comidas** cuando era bebé o niño?

NO

No sabe

Sí → ¿Tiene la persona con erupción cutánea y alergias a las comidas también **asma** o **fiebre del heno**?

Sí → Es posible que su contacto cercano tenga eczema o dermatitis atópica, por lo que usted **NO** debería vacunarse en esta oportunidad

NO

No sabe

**B. Por favor, responda estas preguntas sobre tratamientos o medicamentos que esté tomando usted o su contacto cercano** (Consulte con un proveedor de atención médica si no está seguro sobre las respuestas a estas preguntas)

## Hoja de evaluación previa a la vacunación contra la viruela

(continuación de la página anterior)

Tratamientos o medicamentos	¿Está <b>usted</b> siguiendo este tratamiento o tomando este medicamento?	¿Está algún contacto cercano siguiendo este tratamiento o tomando este medicamento?
Tomó esteroides, como prednisona, o un medicamento relacionado por vía oral o intravenosa durante 2 semanas o más el mes pasado	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ↓ No se ponga la vacuna  Nombre y dosis del medicamento:	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ↓ No se ponga la vacuna  Nombre y dosis del medicamento:
Tomó medicamentos en los últimos 3 meses que afectan el sistema inmunológico (tales como metotrexato, ciclofosfamida, ciclosporina). Si no sabe si su medicamento afecta su sistema inmunológico, consulte a su médico.	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ↓ No se ponga la vacuna  Nombre y dosis del medicamento:	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ↓ No se ponga la vacuna  Nombre y dosis del medicamento:
Recibió radioterapia en los últimos 3 meses	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ↓ No se ponga la vacuna	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ↓ No se ponga la vacuna
Recibió quimioterapia en el tratamiento contra el cáncer en los últimos 3 meses	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ↓ No se ponga la vacuna	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ↓ No se ponga la vacuna

## Hoja de evaluación previa a la vacunación contra la viruela

(continuación de la página anterior)

**C. Por favor, responda estas preguntas sobre el embarazo. Las preguntas no son pertinentes en el caso de las mujeres posmenopáusicas (no han tenido períodos menstruales durante más de un año) o se ha sometido a una histerectomía o esterilización.**

Embarazo y factores de riesgo en el embarazo	¿Es pertinente en su caso? (mujeres solamente)	¿Es pertinente en el caso de algún contacto cercano?
<p>Está embarazada o piensa que podría estar embarazada.</p> <p>Se sugiere a las mujeres sexualmente activas que se hagan la prueba del embarazo antes de ponerse la vacuna. La prueba deberá hacerse el día en que se ha programado la vacunación. Pero, tenga en cuenta que hasta las mejores pruebas podrían no detectar los embarazos incipientes (de menos de 2 semanas).</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ    <input type="checkbox"/> NO</p> <p>↓</p> <p>No se ponga la vacuna</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ    <input type="checkbox"/> NO</p> <p>↓</p> <p>No se ponga la vacuna</p>
<p>El último período menstrual no ocurrió a tiempo, no fue normal, o ambas cosas</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ    <input type="checkbox"/> NO</p> <p>↓</p> <p>No se ponga la vacuna hasta consultar con su médico para asegurarse de que no está embarazada</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ    <input type="checkbox"/> NO</p> <p>↓</p> <p>No se ponga la vacuna hasta que su contacto cercano consulte con su médico para asegurarse de que no esté embarazada.</p>
<p>Tuvo relaciones sexuales el mes pasado y <b>no</b> usó siempre uno o más tipos de anticonceptivo eficaz, entre ellos la esterilización (como la vasectomía o la ligadura de trompas), píldoras anticonceptivas, implantes, parches, inyecciones, dispositivos intrauterinos, preservativos y diafragma con espermicida, tapa cervical con espermicida y esponja anticonceptiva con espermicida</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ    <input type="checkbox"/> NO</p> <p>↓</p> <p>No se ponga la vacuna en esta oportunidad</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ    <input type="checkbox"/> NO</p> <p>↓</p> <p>No se ponga la vacuna en esta oportunidad</p>
<p>Podría tener relaciones sexuales durante el mes posterior a la vacunación y</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ    <input type="checkbox"/> NO</p> <p>↓</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ    <input type="checkbox"/> NO</p> <p>↓</p>

**Hoja de evaluación previa a la vacunación contra la viruela**  
(continuación de la página anterior)

Embarazo y factores de riesgo en el embarazo	¿Es pertinente en su caso? (mujeres solamente)	¿Es pertinente en el caso de algún contacto cercano?
posiblemente no usar siempre un método anticonceptivo eficaz	No se ponga la vacuna	No se ponga la vacuna
Piensa que su período menstrual podría estar retrasado	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ↓ No se ponga la vacuna hasta consultar a su médico para estar segura de que no está embarazada	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ↓ No se ponga la vacuna hasta que su contacto cercano consulte con a su médico para asegurarse de que no esté embarazada

**D. Por favor, responda estas preguntas sobre su propia salud (estas preguntas no son pertinentes en el caso de sus contactos cercanos)**

Afecciones cardíacas	¿Es pertinente en su caso?
<p>Sufre de una afección cardíaca, incluso <u>cualquiera</u> de las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un ataque al corazón previo (también conocido como un infarto de miocardio), angina (dolor en el pecho causado por falta de flujo sanguíneo hacia el corazón) u otra enfermedad de las arterias coronarias (enfermedad de los vasos que llevan la sangre al corazón)</li> <li>• miocardiopatía (el músculo del corazón se agranda y no funciona como es debido)</li> <li>• insuficiencia cardíaca congestiva</li> <li>• accidente cerebrovascular o ataque isquémico transitorio (un "miniataque" que produce síntomas parecidos a un accidente cerebrovascular pero no provoca daños permanentes)</li> <li>• dolor en el pecho o falta de aire al realizar una actividad (como por ejemplo, subir escaleras)</li> <li>• cualquier otra enfermedad cardíaca que requiere la atención de un médico</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> SÍ   <input type="checkbox"/> NO</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>No se ponga la vacuna (aunque se sienta bien)</p>

**Hoja de evaluación previa a la vacunación contra la viruela**  
(continuación de la página anterior)

Afecciones cardíacas	¿Es pertinente en su caso?
<p>Tiene <b>3 o más</b> de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El médico le ha dicho que sufre de hipertensión arterial</li> <li>• El médico le ha dicho que tiene el colesterol alto</li> <li>• El médico le ha dicho que usted sufre de diabetes o tiene el nivel alto de azúcar en la sangre</li> <li>• Tiene un pariente de primer grado (por ejemplo, su madre, padre, hermano o hermana) que sufrió de una afección cardíaca antes de los 50 años de edad</li> <li>• Fuma cigarrillos actualmente</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>No se ponga la vacuna</p>
<p>Está actualmente usando esteroides en gotas en los ojos</p>	<p style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>No se ponga la vacuna</p>
<p>Sufre de una enfermedad moderada o seria</p>	<p style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>ESPERE hasta haberse curado para ponerse la vacuna</p>
<p><i>Mujeres solamente:</i> ¿Está dando pecho o se saca la leche con una bomba sacaleche y se la da al bebé en el biberón?</p>	<p style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>ESPERE hasta DESPUÉS de dejar de dar pecho para ponerse la vacuna</p>
<p>Tuvo una fuerte reacción alérgica a la polimixina B, estreptomicina, clortetraciclina, neomicina o látex</p>	<p style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>No se ponga la vacuna</p>
<p>Tuvo una reacción muy negativa a la vacuna contra la viruela en el pasado</p>	<p style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>No se ponga la vacuna</p>

Para más información, visite [www.bt.cdc.gov/agent/smallpox/es](http://www.bt.cdc.gov/agent/smallpox/es), o llame a los CDC al 800-CDC-INFO (español e inglés) o 888-232-6348 (TTY).

15 de noviembre de 2003

Página 8 de 8