



INFORMACIÓN SOBRE VACUNAS

Las **vacunas** son preparados obtenidos por síntesis en laboratorios o a partir de agentes infecciosos responsables de algunas enfermedades, inactivados de tal manera que no puedan causarlas pero sí estimular al organismo, cuando son administradas, para que se creen las defensas necesarias y evitar así el padecimiento de la enfermedad en caso de infección. En el caso de la Hepatitis suelen ser de ingeniería genética.

Para lograr unos niveles de defensa adecuados es necesario administrar varias dosis de cada vacuna. Por eso es muy importante **completar todas las dosis** en los periodos de tiempo y a las edades que se recomiendan en el calendario vacunal de **Castilla-La Mancha**. La vía de administración será inyectable. En caso de no aceptar la vacunación debe saber que su hijo quedará desprotegido para la enfermedad o enfermedades a que corresponda la vacuna así como para sus consecuencias y complicaciones.

Al igual que con cualquier medicamento, existe la posibilidad de que tras administrar una vacuna se produzca alguna **reacción adversa**. Esta circunstancia es poco frecuente y generalmente banal. Debe saber que el riesgo de tener una complicación producida por la vacunación es mucho menor que el riesgo ocasionado al estar expuesto y padecer una enfermedad infecciosa si no se está vacunado.

En el caso **excepcional** de presentar alguna reacción tras la administración de la vacuna es **importante** que acuda a su centro sanitario y advertir de este hecho cuando le vayan a administrar nuevas dosis de vacunas.

Las reacciones más frecuentes son:

- Dolor o reacción local leve (hinchazón o enrojecimiento)
- Fiebre o irritabilidad
- Alargamiento del tiempo de sueño
- Pérdida de apetito

Consulte en su Centro de Salud si:

- La fiebre dura más de 48 horas
- El dolor dura más de 48 horas
- El punto de la inyección comenzara a verse infectado
- Cualquier efecto más importante será consultado con el pediatra.

Forma de actuar ante una reacción:

- Si dolor o sensibilidad al tacto en el sitio de la inyección, aplicar frío local durante 10 minutos UNA SOLA VEZ.
- Si febrícula o fiebre, aligerar de ropa al niño, ofrecer líquidos y administrar un antitérmico.
- **NO DAR NUNCA ASPIRINA**

Contraindicaciones para la vacunación:

- Hay pocas situaciones en que las vacunas están contraindicadas, no obstante si se diera una de ellas su médico o pediatra se lo indicará.

SI TIENE CUALQUIER DUDA PREGUNTE, NOSOTROS LE INFORMAREMOS PERSONALMENTE



ACEPTACIÓN/DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO, FIRMAS Y POSIBILIDAD DE REVOCACIÓN PARA VACUNACIONES

FECHA:...../...../.....

D./Dña/.....
..... (NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE) D.N.I.:,
CIP:.....D./Dña/.....
.....(NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL/FAMILIAR/PERSONA CON OTRA VINCULACIÓN DE HECHO (en caso de incapacidad del paciente para consentir o denegar, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (padre, madre, tutor, etc.) D.N.I.:

NOMBRE DEL PROFESIONAL SANITARIO QUE INFORMA:

D./Dña/.....
Nº COLEGIADO:

Declaro que:

- He sido informado de forma comprensible de la naturaleza y los riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas.
- Estoy satisfecho con la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y, me han sido aclaradas todas mis dudas.
- En consecuencia, doy mi consentimiento para su realización sabiendo que puedo revocarlo en cualquier momento firmando la denegación/revocación si llegara el caso.
- Si surgiera alguna situación urgente, que requiriese algún procedimiento distinto del que he sido informado, autorizo al equipo médico para realizarlo sin previo consentimiento.

Firma del paciente

Firma del Tutor o Representante Legal

Firma del Profesional

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi **DENEGACIÓN/REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO** para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

Firma del paciente

Firma del Tutor o Representante Legal

Firma del Profesional