

## Rechazo a las vacunas

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ N.º de ID del niño(a): \_\_\_\_\_

Nombre del parente/madre/tutor: \_\_\_\_\_

El médico/enfermera de mi hijo, \_\_\_\_\_, me ha aconsejado que mi hijo(a) (cuyo nombre aparece arriba) debe recibir las siguientes vacunas:

Recomendada	Rechazada
<input type="checkbox"/> Vacuna contra la hepatitis B	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vacuna contra difteria, tétano, tos ferina acelular (DTaP o Tdap)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vacuna contra difteria, tétano (DT o Td)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vacuna contra <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vacuna antineumocócica conjugada o con polisacáridos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vacuna contra la polio (virus inactivo) (IPV)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vacuna contra sarampión, paperas y rubeola (MMR)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vacuna contra la varicela	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vacuna contra la influenza (gripe)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vacuna conjugada contra el meningococo o vacuna de polisacáridos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vacuna contra la hepatitis A	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vacuna contra el rotavirus	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vacuna contra el virus de papiloma humano (VPH)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/>

Se me dio la oportunidad de leer cada uno de los Comunicados informativos sobre las vacunas de los Centers for Disease Control and Prevention, que explican la(s) vacuna(s) y la(s) enfermedad(es) que previenen para cada una de las vacunas marcadas como recomendadas y para las que he rechazado, según se indica arriba. Se me dio la oportunidad de hablar sobre las recomendaciones y mi(s) rechazo(s) con el médico o enfermera de mi hijo(a), quien respondió todas mis preguntas sobre las vacunas recomendadas. Está disponible una lista de razones para la vacunación, posibles consecuencias médicas por no vacunarse y posibles efectos secundarios de cada una de las vacunas, en [www.cdc.gov/vaccines/pubs/vis/default.htm](http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/vis/default.htm). Comprendo lo siguiente:

- El propósito y la necesidad de las vacunas recomendadas.
- Los riesgos y beneficios de las vacunas recomendadas.

- Que algunas enfermedades que previenen las vacunas son comunes en otros países y que si mi hijo(a) no recibe esas vacunas y hace un viaje, podría fácilmente contraer una de esas enfermedades de otro viajero.
- Si mi hijo(a) no recibe las vacunas de acuerdo con el programa médicaamente aceptado, las consecuencias podrían incluir:
  - Contraer la enfermedad que la vacuna tiene como meta prevenir (los resultados de estas enfermedades podrían incluir uno o más de los siguientes: ciertos tipos de cáncer, neumonía, enfermedades que requieren hospitalización, la muerte, daño cerebral, parálisis, meningitis, convulsiones y sordera; también son posibles otros efectos severos y permanentes de estas enfermedades que se pueden prevenir con la vacuna).
  - Contagiar la enfermedad a otras personas (incluyendo aquellas que son demasiado jóvenes para vacunarse o aquellas con problemas inmunológicos), lo que posiblemente requiera que mi hijo(a) no vaya a la guardería o a la escuela y que alguien falte al trabajo para quedarse en casa con él(ella) durante los brotes de esas enfermedades.
- El médico de mi hijo(a) y la American Academy of Pediatrics, la American Academy of Family Physicians y los Centers for Disease Control and Prevention, recomiendan a todos enfáticamente que se administren las vacunas de acuerdo con las recomendaciones.

Sin embargo, he decidido en este momento rechazar o posponer la(s) vacuna(s) recomendada(s) para mi hijo(a), según se indica arriba, al marcar el cuadro apropiado bajo la columna "Rechazada". Estoy consciente de que no seguir las recomendaciones sobre las vacunas puede poner en peligro la salud o la vida de mi hijo(a) y **de otras personas con quien mi hijo pudiera tener contacto. Por lo tanto, acepto indicar a todos los profesionales de atención médica en todas partes qué vacunas no ha recibido mi hijo en caso de que necesitara estar aislado o requerir una evaluación médica de inmediato y pruebas que podrían no ser necesarias si mi hijo se hubiera vacunado.**

Estoy consciente de que puedo volver a tratar este asunto con el médico o enfermera de mi hijo(a) en cualquier momento y que puedo cambiar de opinión y aceptar la vacuna para mi hijo(a) en cualquier momento en el futuro.

Acepto haber leído y comprendido este documento en su totalidad.

Firma del parente/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

He tenido la oportunidad de hablar nuevamente sobre mi decisión de no vacunar a mi hijo y sigo rechazando las vacunas recomendadas.

Iniciales del parente/madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Iniciales del parente/madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

