



Rechazo a las vacunas

Nombre del niño _____ Identificación del niño# _____

Nombre del padre/tutor _____

El médico/enfermero de mi hijo, _____, me ha aconsejado que mi hijo (nombrado anteriormente) debe recibir las siguientes vacunas:

Recomendado	Disminuido
<input type="checkbox"/> Vacuna contra la hepatitis B	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina acelular (DTaP)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vacuna contra el tétanos de la difteria (DT o Td)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (vacuna Hib1)	<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 meningocócica conjugada o polisacárida	<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 del papiloma humano (VPH)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/>

Se me ha proporcionado y se me ha dado la oportunidad de leer cada Declaración de información sobre vacunas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades que explica la(s) vacuna(s) y la(s) enfermedad(es) que previene para cada una de la(s) vacuna(s) revisada(s) según lo recomendado y que he rechazado, como se indicó anteriormente. He tenido la oportunidad de discutir la recomendación y mi negativa con el médico o la enfermera de mi hijo, quien ha respondido a todas mis preguntas sobre la(s) vacuna(s) recomendada(s). Una lista de razones para vacunar, las posibles consecuencias para la salud de la no vacunación y los posibles efectos secundarios de cada vacuna está disponible en www.cdc.gov/vaccines/pubs/vis/default.htm. Entiendo 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 medicamente 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 el(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 diferir la(s) vacuna(s) recomendada(s) para mi hijo, como se indicó anteriormente, marcando la casilla correspondiente debajo de la columna titulada "Rechazada". Sé que no seguir las recomendaciones sobre la vacunación puede poner en peligro la salud o la vida de mi hijo y de otras personas con las que mi hijo podría entrar en contacto. Por lo tanto, estoy de acuerdo en informar a todos los profesionales de la salud en todos los entornos qué vacunas no ha recibido mi hijo porque es posible que deba aislarse o puede requerir una evaluación médica inmediata y pruebas que podrían no ser necesarias si mi hijo hubiera sido vacunado.

Sé que puedo volver a abordar este problema con el médico o la enfermera de mi hijo en cualquier momento y que puedo cambiar de opinión y aceptar la vacunación para mi hijo en cualquier momento en el futuro.

Reconozco que he leído este documento en su totalidad y lo entiendo plenamente.

Firma del padre/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 padre/madre: _____ Fecha: _____ Iniciales del padre/madre: _____ Fecha: _____

