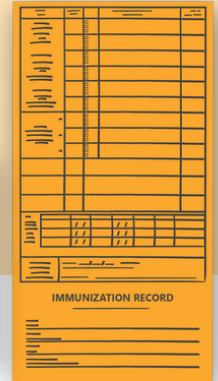
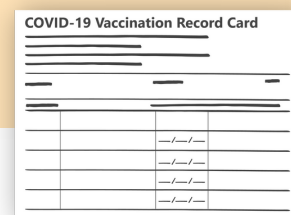




Qué esperar: Vacunas contra el COVID-19 para niños de 5 a 11 años

Una clínica de vacunas viene a la escuela de su hijo

- Su hijo necesita dos vacunas. Necesita la segunda vacuna tres semanas después de la primera. La clínica de vacunas vuelve a su escuela para poner la segunda vacuna.
- Su hijo recibirá la vacuna de Pfizer. Esta es la vacuna que estará disponible para los niños de 5 a 11 años.
- Recibirá formularios para llenar por adelantado para su hijo. Su hijo puede recibir la vacuna aunque usted no pueda estar presente. Firme el formulario de consentimiento. Le llamaremos por teléfono si hay alguna duda.
- Su hijo recibirá una tarjeta blanca de registro de vacunas del CDC COVID-19. Traiga la tarjeta amarilla de vacunación infantil de su hijo, si tiene una. También actualizaremos la tarjeta amarilla.



En la clínica de vacunas

1. El personal de salud pública le recibe a usted y a su hijo y revisa los formularios.
2. Introducimos la información de los formularios en nuestro sistema de registro.
3. Una enfermera responde a sus preguntas y administra la vacuna. Usted se queda con su hijo mientras le ponen la vacuna.
4. Usted recibe las tarjetas de registro de vacunas. Usted y su hijo esperan en la zona de observación al menos 15 minutos después de la vacunación.
5. Si se trata de la primera dosis de la vacuna de su hijo, programamos una cita para la segunda dosis en el mismo lugar.



sccVacuna.org



(408) 970-2000

Santa Clara County
PUBLIC HEALTH



Preguntas frecuentes para los padres



Q. ¿Por qué debo vacunar a mi hijo?

Los niños se pueden enfermar de COVID-19. Algunos niños sufren complicaciones raras pero graves a causa del virus del COVID-19. La vacuna es la mejor protección.

Un niño también puede contagiar el COVID-19 a otras personas aunque no tenga síntomas. La vacuna es la mejor prevención.

Los niños vacunados podrán participar en más actividades y asistir a más eventos.

Q. ¿Puede mi hijo recibir la vacuna?

Sí. Todos los niños de 5 a 11 años podrán recibir la vacuna de Pfizer. Los niños con alergias a los alimentos o a los animales deben recibir la vacuna contra el COVID-19. Puede hablar con una enfermera en la clínica si tiene dudas. Si su hijo está enfermo de COVID-19 en este momento, debe esperar hasta que mejore para recibir la vacuna.

Q. Mi hijo se enfermó con COVID-19 en el pasado. Es necesario que reciba la vacuna?

Sí. Tener COVID-19 no evita que su hijo vuelva a contraer el virus. La vacuna es la mejor protección para evitar que su hijo vuelva a contraer el COVID-19.

Q. ¿La vacuna para los niños es la misma que la de los adultos?

La vacuna de Pfizer para niños de 5 a 11 años es una dosis más pequeña que la vacuna de Pfizer para adultos. Es un tercio de la dosis para adultos. Al igual que los adultos, los niños necesitan dos dosis de la vacuna, con un intervalo de tres semanas.

Q. ¿Cómo sé que la vacuna es eficaz y segura para los niños?

Los estudios han demostrado que la vacuna para niños es segura y funciona bien para proteger a los niños contra el COVID-19. Cientos de millones de adultos ya han tomado la vacuna de Pfizer, segura y eficaz.

Q. No puedo ir con mi hijo a la clínica. ¿Pueden vacunarse sin mí?

Sí. Si el formulario de consentimiento está completo y firmado, su hijo puede vacunarse sin la presencia de un padre o tutor. Es posible que un padre o tutor deba estar disponible por teléfono durante el horario de la cita. El formulario de consentimiento se puede encontrar en sccVacuna.org



(408) 970-2000
sccVacuna.org

Santa Clara County
**PUBLIC
HEALTH**




Santa Clara County
Office of Education

Q. ¿Tiene la vacuna efectos secundarios?

Algunas personas sienten efectos secundarios leves después de la vacunación. Los efectos secundarios más comunes son el enrojecimiento en el lugar de la inyección, los dolores musculares y la fiebre.

Q. ¿Afecta la vacuna a la fertilidad?

No. No hay ningún efecto sobre la fertilidad femenina o masculina.

Q. ¿Están las vacunas contra el COVID-19 relacionadas con los problemas de salud del corazón?

Los problemas de salud del corazón son muy raros. Los síntomas suelen ser leves y pueden tratarse. La enfermedad de COVID-19 causa problemas de salud más graves que la vacuna. La vacuna es la mejor protección contra los problemas de salud del corazón de COVID-19.

Q. ¿Qué ocurre si mi hijo le tiene miedo a las agujas o tiene antecedentes de desmayos al recibir vacunas?

Nuestro personal hace que los niños se sientan cómodos y seguros durante la vacunación. Puede sentar a su hijo en sus piernas mientras le ponen la vacuna.

Q. ¿Puede mi hijo ir a la escuela si no se siente bien después de haber sido vacunado?

Si su hijo tiene fiebre, dolor de cabeza, escalofríos o dolores corporales poco después de la vacunación, debe quedarse en casa.

- Si mejora dentro de 48 horas, su hijo puede volver a la escuela.
- Si sigue sintiéndose mal durante más de 48 horas, mantenga a su hijo en casa y hable con el médico de su hijo para asegurarse de que no tiene COVID-19 u otra infección.
- Por favor, recuerde que la vacuna no puede contagiar a su hijo con COVID, pero podría haberse infectado justo antes de ser vacunado.



(408) 970-2000
sccVacuna.org

Santa Clara County
PUBLIC HEALTH



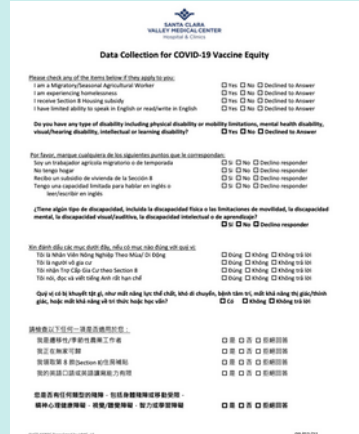
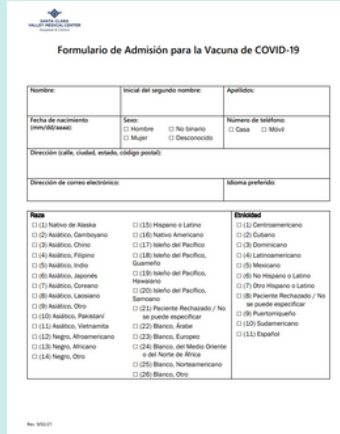
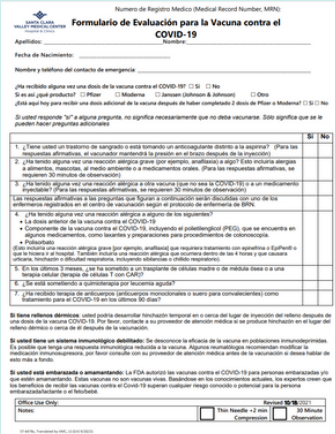

Santa Clara County
Office of Education

Llene los formularios de su hijo: Paso a paso



Por favor llene todas las páginas de los formularios de su hijo. Asegúrese de que los formularios estén completos y sean precisos. Esta guía le ayudará a responder a sus preguntas.

Página 1 Página 2 Página 3 Página 4



1. Escriba el apellido y el nombre de su hijo. Utilice la ortografía y los nombres que coincidan con sus documentos legales. Si su hijo tiene varios apellidos, incluya todos ellos. Esto nos ayudará a encontrar sus registros en el futuro.

Página 1

Apellidos: _____ Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre y teléfono del contacto de emergencia: _____

2. Si su hijo recibió la vacuna contra el COVID-19 en otro país, marque "sí".

Página 1

¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19? Sí No

Si es así ¿qué producto? Pfizer Moderna Janssen (Johnson & Johnson) Otro

¿Está aquí hoy para recibir una dosis adicional de la vacuna después de haber completado 2 dosis de Pfizer o Moderna? Sí No



3. Para la mayoría de estas preguntas, su hijo debe ser vacunado igualmente si responde "sí". Si responde "sí", la enfermera le hará más preguntas en la clínica.

	Sí	No
1. ¿Tiene usted un trastorno de sangrado o está tomando un anticoagulante distinto a la aspirina? (Para las respuestas afirmativas, el vacunador mantendrá la presión en el brazo después de la inyección)		
2. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algo? Esto incluiría alergias a alimentos, mascotas, al medio ambiente o a medicamentos orales. (Para las respuestas afirmativas, se requieren 30 minutos de observación)		
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la COVID-19) o a un medicamento inyectable? (Para las respuestas afirmativas, se requieren 30 minutos de observación)		
Las respuestas afirmativas a las preguntas que figuran a continuación serán discutidas con uno de los enfermeros registrados en el centro de vacunación según el protocolo de enfermería de BRN.		
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a alguno de los siguientes? <ul style="list-style-type: none"> • La dosis anterior de la vacuna contra el COVID-19 • Componente de la vacuna contra el COVID-19, incluyendo el polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia. • Polisorbato (Esto incluiría una reacción alérgica grave [por ejemplo, anafilaxia] que requiriera tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que le hiciera ir al hospital. También incluiría una reacción alérgica que ocurriera dentro de las 4 horas y que causara urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias o chillido respiratorio).		
5. En los últimos 3 meses, ¿se ha sometido a un trasplante de células madre o de médula ósea o a una terapia celular (terapia de células T con CAR)?		
6. ¿Se está sometiendo a quimioterapia por leucemia aguda?		
7. ¿Ha recibido terapia de anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero para convalecientes) como tratamiento para el COVID-19 en los últimos 90 días?		

¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a alguno de los siguientes?

- **Dosis previa de la vacuna contra el COVID-19**
- **Componente de la vacuna contra el COVID-19, incluido el polisorbato o el polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como los laxantes y los preparados para procedimientos de colonoscopia**

Estas reacciones alérgicas son muy raras. Esto no incluye las reacciones alérgicas a los alimentos, a los animales domésticos, a la picadura de abeja o a otras vacunas. Esta pregunta sólo se refiere a si su hijo ha tenido alguna vez una reacción alérgica a partes de la vacuna contra el COVID-19.

Responda "sí" si su hijo tuvo una reacción alérgica grave (como anafilaxia) a una parte de la vacuna contra el COVID-19. Esto incluye urticaria, hinchazón o problemas para respirar, incluyendo sibilancias en un plazo de 4 horas.



Llene los formularios de su hijo: Paso a paso



¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a otro medicamento inyectable?

Si su respuesta es "sí", su hijo puede seguir siendo vacunado. Los antecedentes de reacción alérgica en un plazo de 4 horas a cualquier otra vacuna alertarán al personal de la clínica para que sea más precavido. Su hijo tendrá que esperar 30 minutos después de la vacunación en el raro caso de que se produzca una reacción alérgica.

¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (anafilaxia) a algo? Esto incluiría alergias alimentarias, a animales domésticos, al medio ambiente o a medicamentos orales.

Si su respuesta es "sí", su hijo puede seguir siendo vacunado. Una reacción alérgica grave significa que su hijo tuvo problemas para respirar, necesitó un EpiPen o fue al hospital debido a la reacción alérgica. No es necesario que marque "sí" si su hijo tiene los ojos llorosos o la nariz congestionada cuando está cerca de alimentos, animales o polen.

¿Ha recibido terapia de anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia) como tratamiento para el COVID-19 en los últimos 90 días?

Si su hijo estuvo enfermo de COVID-19 y recibió tratamiento con anticuerpos monoclonales, espere 90 días antes de vacunarlos.

¿Tiene algún trastorno hemorrágico o está tomando algún anticoagulante que no sea Aspirina?

Si su hijo tiene un trastorno hemorrágico o toma un anticoagulante, puede seguir siendo vacunado. En este caso, el vacunador utilizará una aguja más fina. Esta aguja especial sólo es necesaria si su hijo tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante. Su hijo no debe dejar de tomar Aspirina ni ningún anticoagulante antes de la vacunación.

En los últimos 3 meses, ¿se ha sometido a un trasplante de células madre/médula ósea o a una terapia celular (terapia de células T CAR)?

Los pacientes que se han sometido a una terapia de células T o han recibido un trasplante de células madre o de médula ósea pueden estar inmunocomprometidos. Esto los hace más propensos a contraer COVID-19. Se recomienda encarecidamente que esos pacientes se vacunen. Hable con el médico de su hijo acerca de una tercera dosis si esto es así.

¿Se está sometiendo a quimioterapia por leucemia aguda?

Al igual que los pacientes que se han sometido a la terapia de células T, los niños con leucemia que están recibiendo quimioterapia de forma activa tienen sistemas inmunitarios más débiles y corren más riesgo de contraer el virus de COVID-19. Es muy recomendable que estos niños se vacunen. Hable con el médico de su hijo acerca de una tercera dosis si esto se aplica.

Llene los formularios de su hijo: Paso a paso



- 4.** El formulario de consentimiento dice que usted entiende que su hijo recibirá la vacuna contra el COVID-19 y que se introducirá un registro digital de su vacuna en el Registro de Inmunización de California (CAIR). Si esta es la primera dosis de su hijo, también dice que usted entiende que su hijo tendrá que volver para una segunda dosis con el fin de ser completamente inmunizado. Los códigos QR en la parte inferior de la página lo conectan con más información sobre las vacunas en línea.

Página 2

- 5.** Un padre o tutor debe firmar para dar el consentimiento a los menores de 18 años. Para permitir que su hijo sea vacunado, firme en la primera línea. Escriba el nombre de su hijo en la segunda línea y la fecha de hoy. A continuación, escriba su nombre completo en letra de molde en la tercera línea, y su relación con su hijo (por ejemplo, madre, tío) en la línea inferior.

Página 2

Certifico que soy el paciente, el representante legal del paciente o que de otro modo el paciente me ha autorizado para firmar lo anterior y aceptar sus términos en su nombre.

Firma (*paciente o representante legal*): _____

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del padre o tutor en letras de molde (si corresponde): _____

Si no es el paciente, indique su relación con el paciente: _____

- 6.** Incluya todos los apellidos de su hijo si tiene más de uno. Escriba la fecha de nacimiento en el formato Mes/Día/Año. Incluya su número de teléfono, dirección y correo electrónico. Su información de contacto se utilizará para ponerse en contacto con usted sobre la segunda dosis de su hijo. Por favor, incluya también su idioma preferido, para que podamos ponernos en contacto con usted en el idioma que prefiera.

Página 3

Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellidos:
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Número de teléfono: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal):		
Dirección de correo electrónico:		Idioma preferido:





7. La raza y el origen étnico se recopilan para determinar las tasas de vacunación de las diferentes poblaciones. Puede marcar más de una raza. Si no desea responder, marque " (21) Paciente rechazado". Por favor, seleccione también un grupo étnico. Si su hijo no es hispano o latino, puede marcar "(6) No hispano o latino" para el origen étnico.

Raza		Etnicidad
<input type="checkbox"/> (1) Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> (15) Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> (1) Centroamericano
<input type="checkbox"/> (2) Asiático, Camboyano	<input type="checkbox"/> (16) Nativo Americano	<input type="checkbox"/> (2) Cubano
<input type="checkbox"/> (3) Asiático, Chino	<input type="checkbox"/> (17) Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> (3) Dominicano
<input type="checkbox"/> (4) Asiático, Filipino	<input type="checkbox"/> (18) Isleño del Pacífico, Guameño	<input type="checkbox"/> (4) Latinoamericano
<input type="checkbox"/> (5) Asiático, Indio	<input type="checkbox"/> (19) Isleño del Pacífico, Hawaiano	<input type="checkbox"/> (5) Mexicano
<input type="checkbox"/> (6) Asiático, Japonés	<input type="checkbox"/> (20) Isleño del Pacífico, Samoano	<input type="checkbox"/> (6) No Hispano o Latino
<input type="checkbox"/> (7) Asiático, Coreano	<input type="checkbox"/> (21) Paciente Rechazado / No se puede especificar	<input type="checkbox"/> (7) Otro Hispano o Latino
<input type="checkbox"/> (8) Asiático, Laosiano	<input type="checkbox"/> (22) Blanco, Árabe	<input type="checkbox"/> (8) Paciente Rechazado / No se puede especificar
<input type="checkbox"/> (9) Asiático, Otro	<input type="checkbox"/> (23) Blanco, Europeo	<input type="checkbox"/> (9) Puertorriqueño
<input type="checkbox"/> (10) Asiático, Pakistani	<input type="checkbox"/> (24) Blanco, del Medio Oriente o del Norte de África	<input type="checkbox"/> (10) Sudamericano
<input type="checkbox"/> (11) Asiático, Vietnamita	<input type="checkbox"/> (25) Blanco, Norteamericano	<input type="checkbox"/> (11) Español
<input type="checkbox"/> (12) Negro, Afroamericano	<input type="checkbox"/> (26) Blanco, Otro	
<input type="checkbox"/> (13) Negro, Africano		
<input type="checkbox"/> (14) Negro, Otro		

8. La última serie de preguntas tiene como objetivo ayudar a promover la equidad en las vacunas. Por favor, responda a las cinco preguntas, incluyendo la pregunta en negrita de la parte inferior. Responda a las preguntas según se apliquen a su hijo, no según se apliquen a usted. Por ejemplo, si usted es un trabajador migratorio pero su hijo no lo es, usted seleccionaría "No". Sin embargo, si usted recibe una vivienda de la Sección 8 y su hijo vive con usted, también está recibiendo esta vivienda y usted seleccionaría "Sí". Estas preguntas son opcionales, por lo que si no desea contestarlas marque "Declinó responder" en las cinco preguntas.

Página 4

Por favor, marque cualquiera de los siguientes puntos que le correspondan:

Soy un trabajador agrícola migratorio o de temporada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declino responder
No tengo hogar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declino responder
Recibo un subsidio de vivienda de la Sección 8	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declino responder
Tengo una capacidad limitada para hablar en inglés o leer/escribir en inglés	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declino responder

¿Tiene algún tipo de discapacidad, incluida la discapacidad física o las limitaciones de movilidad, la discapacidad mental, la discapacidad visual/auditiva, la discapacidad intelectual o de aprendizaje?

Sí No Declino responder

El resto de las preguntas de esta página son estas mismas cinco preguntas en diferentes idiomas. Sólo tiene que responder a las preguntas en su idioma.

Por favor, revise sus formularios para asegurarse de que las cuatro páginas estén completas y sean precisas. Esto es especialmente importante si usted no va a ir con su hijo cuando lo vacunen. Traiga el formulario de consentimiento firmado y todos los formularios completados. También traiga la tarjeta amarilla de vacunación infantil de su hijo, si la tiene.