

新型インフルエンザ予防接種予診票
Formulario de Vacunación contra la Nueva Influenza (A-H1N1)

<高校生に相当する年齢以上の者対象>
<Estudiantes de la secundaria media o en edad equivalente o superior >

診察前の体温
Temperatura antes de la consulta
.....°C

住所 Dirección
受ける人の氏名 Nombre de la persona que recibirá la vacuna
男 Masc 女 Fem
生年月日 Fecha de nacimiento
Edad (満 歳 カ月)

質問事項 Cuestionario
今日のインフルエンザの予防接種について、市町村などが提供している情報を読みましたか
¿Leyó el panfleto explicativo dado por la administración municipal de salud pública?
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか
¿Está conciente de los efectos y reacciones colaterales que pueden ocurrir después de la inoculación de esta vacuna?
現在、何か病気にかかっていますか
¿Actualmente, está con alguna enfermedad?
治療(投薬など)を受けていますか
¿Está recibiendo algún tratamiento o tomando algún tipo de medicamento?
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか
¿Obtuvo autorización de su médico para tomar la vacuna hoy?
免疫不全と診断されたことがありますか
¿Ya fue diagnosticado con deficiencia inmunológica?
今日体に具合の悪いところがありますか
¿Hoy, está con algún problema de salud?
具体的な症状を書いてください
Si su respuesta es sí, cuáles son los síntomas?
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか
¿Sufre o sufrió alguna enfermedad crónica cardíaca, renal, hepática, sanguínea?
その病気をみてもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか
¿El médico responsable del tratamiento de esa enfermedad autorizó la vacuna de hoy?
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか
¿Tuvo fiebre o estuvo enfermo en los últimos 30 días?
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか
¿Alguién de la familia o amigo próximo contrajo INFLUENZA, SARAMPIÓN, RUBEOLA, VARICELA, PAPERAS etc. en los últimos 30 días?
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか
¿Tomó alguna vacuna preventiva en los últimos 30 días?
予防接種の種類 Si tomó, ¿qué vacuna?
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか
¿Ya tomó la vacuna contra la Influenza Estacional o contra la Nueva Influenza (A-H1N1)?
その際に具合が悪くなったことはありますか
En esa ocasión, ¿Pasó mal después de la vacunación?
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか
¿Ya pasó mal por haber tomado alguna vacuna? (excepto contra influenza)
予防接種の種類 Si su respuesta es sí, ¿qué vacuna?
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか
¿Tiene alergia a carne de pollo, huevo o sus derivados?
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか
¿Tiene o ya tuvo alguna alergia de piel (eczemas, erupciones) o malestar debido a algún medicamento o alimento?
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか
¿Tuvo convulsión alguna vez y a que edad?
そのとき熱が出ましたか
¿Tuvo fiebre en esa ocasión?
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか
¿En la familia alguien estuvo mal luego de tomar alguna vacuna?
今日の予防接種について質問がありますか
¿Tiene alguna duda referente a la vacuna que será aplicada hoy?

医師の記入欄 Campo a ser completado por el médico
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は
本人に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をした。
医師署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、以下のワクチンの接種を
□ インフルエンザHAワクチン(3価ワクチン)[国内産ワクチン] Vacuna HA Trivalente contra Influenza <vacuna nacional>
□ A型インフルエンザHAワクチン(H1N1株)[国内産ワクチン] Vacuna HA contra Influenza tipo A (cepa H1N1) <vacuna nacional>
□ アレパンリック(H1N1)筋注(グラクソ・スミスクライン株式会社) Arepanrix™(H1N1) <Glaxo SmithKline Corp.>
※接種するワクチンにチェック☑してください。
Después de recibir la opinión del médico y esté conciente de los objetivos, efectos y posibilidades de graves reacciones colaterales de la vacuna, desea que una de las vacunas de arriba le sea aplicada? (Arriba, señale la vacuna a ser aplicada ☑ y abajo, marque si desea o no la vacuna)
(希望します Si, deseo recibir la vacuna ・ 希望しません No, no deseo la vacuna)
Fecha: (año) (mes) (día) 年 月 日 本人自署 Firma

ワクチンメーカー名、ロット番号
接種量 ml
実施場所
メーカー名
医師名
Lot No.
接種年月日
平成 年 月 日

新型インフルエンザ予防接種予診票
Formulario de Vacunación contra la Nueva Influenza (A-H1N1)

(小学校 6 年生以下の者)

Niños con menos de 12 años de edad (en edad escolar equivalente o inferior al 6to grado de la escuela primaria)

Form fields for patient information including name, address, date of birth, and sex.

Main questionnaire table with columns for questions, answers (Yes/No), and doctor's notes.

Section for doctor's completion, including a decision box for vaccination and a signature line.

Section for guardian completion, including a list of vaccine options and a signature line.

Final summary table for vaccine manufacturer, dosage, and location.

新型インフルエンザ予防接種予診票
Formulario de Vacunación contra la Nueva Influenza (A-H1N1)

(中学生に相当する年齢の対象：保護者が同伴する場合)

Niños de 13 a 15 años de edad (en edad escolar equivalente al 1er al 3er curso de secundaria media) acompañados por su responsable en el momento de la vacunación

診察前の体温
Temperatura antes de la consulta
.....:..... °C

住所
Dirección
受ける人の氏名
Nombre de la persona que recibirá la vacuna
保護者の氏名
Nombre del responsable
男 Masc
女 Fem
生年月日
Fecha de nacimiento
(año) (mes) (día)
年 月 日
Edad
(満 (año) (meses) 歳 (meses) ヲ月)

Table with 3 columns: 質問事項 (Questionnaire), 解答欄 (Responses), 医師記入欄 (Physician's notes). Rows include questions about the child's development, current health, and vaccination history.

医師の記入欄 Campo a ser completado por el médico

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は [可能 / 見合わせる]
保護者に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をした。
医師署名又は記名押印

保護者の記入欄 Cuadro a ser completado por el responsable

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、以下のワクチンの接種を
[] インフルエンザHAワクチン (3価ワクチン) [国内産ワクチン] Vacuna HA Trivalente contra Influenza <vacuna nacional>
[] A型インフルエンザHAワクチン (H1N1株) [国内産ワクチン] Vacuna HA contra Influenza tipo A (cepa H1N1) <vacuna nacional>
[] アレパンリック (H1N1) 筋注 (グラクソ・スミスクライン株式会社) Arepanrix™ (H1N1) <Glaxo SmithKline Corp.>
※接種するワクチンにチェック [] してください。
Despues de oír la opinión del médico y esté conciente de los objetivos, efectos y posibilidades de graves reacciones colaterales de la vacuna, desea que una de las vacunas de arriba sea aplicada? (Arriba, señale la vacuna a ser aplicada [] y abajo, marque si desea o no la vacuna)
(希望します Si, deseo recibir la vacuna ・ 希望しません No, no deseo la vacuna)
Fecha: (año) (mes) (día) 年 月 日 保護者自署 Firma del responsable

Table with 2 columns: ワクチンメーカー名、ロット番号 (Vaccine manufacturer name, lot number) and 接種量 (Dose). Rows include fields for manufacturer name, lot number, implementation location, physician name, and vaccination date.

新型インフルエンザ予防接種予診票
Formulario de Vacunación contra la Nueva Influenza (A-H1N1)

(中学生に相当する年齢の対象：保護者が同伴しない場合)

De 13 a 15 años (en edad escolar equivalente al 1er al 3er curso de la escuela secundaria medial) no acompañadas por su responsable en el momento de la vacunación

診察前の体温
Temperatura antes de la consulta
..... °C

住所 Dirección
受ける人の氏名 Nombre de la persona que recibirá la vacuna
男 Masc 女 Fem
生年月日 Fecha de nacimiento
Edad (満 歳 カ月)

Table with 3 columns: 質問事項 Cuestionario, 解答欄 Respuestas, 医師記入欄. Contains various health questions about development, allergies, and vaccination history.

保護者の記入欄 Cuadro a ser completado por el responsable
上記の質問事項に対し、あなたが記入された回答をもとに、医師が問診や診察を行い、予防接種が可能であると判断した場合、以下のワクチンの接種を
□ インフルエンザHAワクチン (3価ワクチン) [国内産ワクチン] Vacuna HA Trivalente contra Influenza <vacuna nacional>
□ A型インフルエンザHAワクチン (H1N1株) [国内産ワクチン] Vacuna HA contra Influenza tipo A (cepa H1N1) <vacuna nacional>
□ アレパンリック (H1N1) 筋注 (グラクソ・スミスクライン株式会社) Arepanrix™ (H1N1) <Glaxo SmithKline Corp.>
※ 接種に同意した場合、接種を希望するワクチンにチェックしてください。(複数可)
Después de escuchar la opinión del médico y conciente de los objetivos, efectos y posibilidad de graves reacciones colaterales de la vacuna, desea que una de las vacunas de arriba sea aplicada? (arriba, señale la vacuna a ser aplicada [x] y abajo, marque si desea o no la vacuna)
() 同意します Si, deseo que la vacuna sea aplicada () 同意しません No, no deseo la vacuna ()
Fecha: (año) (mes) (día) 年 月 日 保護者自署 Firma del responsable

医師の記入欄 Campo a ser completado por el médico
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能 / 見合わせる)
本人に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をした。
医師署名又は記名押印

ワクチンメーカー名、ロット番号 接種量 実施場所・医師名・接種年月日
メーカー名 実施場所
Lot No. 医師名
接種年月日 平成 年 月 日

Señores padres y responsables de niños habilitados a recibir la Vacuna contra la Influenza

Para aplicar vacunas a menores de edad, es indispensable la presencia del responsable pero, en caso excepcional, para niños en edad escolar equivalente a la escuela secundaria media (de 13 a 15 años), la Vacuna contra la Influenza puede ser aplicada mediante expresa autorización del responsable en el formulario específico “Término de Concordancia & Autorización” del Cuestionario. Por lo tanto, el/la responsable debe explicar y convencer al niño de los motivos de la aplicación de la vacuna y el mismo debe llevar los formularios. En caso que el responsable no comprenda la información que consta en este explicativo o en caso que el niño se rehuse a tomar la vacuna sólo, será necesaria la presencia del responsable en el momento de la vacunación.

En el caso que el/la responsable tenga dudas sobre la vacunación, recomendamos consultar previamente al médico de la familia o a la Sección de Control Endémico.

En el día de la vacuna, el menor debe llevar el Término de Concordancia & Autorización, el Cuestionario y la Libreta de Salud Materno Infantil (si posee). La falta de las firmas del/la responsable imposibilita la aplicación de la vacuna. La vacuna no será aplicada dependiendo de las condiciones de salud del niño. La vacuna tampoco será aplicada si el niño se rehusa a tomar la vacuna estando sin su responsable.

1. Objetivo de la vacuna

La gran mayoría de los infectados por la Nueva Influenza (A-H1N1, o gripe porcina) presenta leves síntomas y se recuperan rápidamente, pero hay casos de síntomas más graves (tabla 1). El objetivo de esta vacuna es amenizar los síntomas causados por esta enfermedad aún así si el niño se contamina del mismo. Por lo tanto, aunque el niño se aplique la vacuna, el mismo puede contraer la enfermedad y a veces presentar síntomas graves.

(Tabla 1) Número de pacientes de influenza con síntomas graves

(valores aproximados)	Total	10 a 14 años	15 a 19 años
Total de pacientes	20.770.000	4.760.000	2.800.000
Casos graves (%)	1.561 (0,008%)	181 (0,004%)	49 (0,002%)

*Total de pacientes: periodo del 6 de julio de 2009 al 15 de agosto de 2010. El número de casos graves fue hecho en base a pacientes internados con encefalopatía aguda o neumonía aguda que necesitaron de respiración artificial o internados en unidades de terapia intensiva entre el 28 de julio de 2009 al 15 de agosto de 2010.

2. Sobre la vacuna importada

La vacuna importada tiene la finalidad de suplir la falta eventual del producto nacional debido a la demanda. La vacuna importada es un medicamento aprobado por autoridades de salud en el exterior y, en el Japón, pasó por un proceso especial de aprobación. La vacuna importada es fabricada por la empresa Glaxo SmithKline Corp. (GSK) y es comercializada bajo el nombre de Arepanrix™ (H1N1). Lea atentamente la información relativa a la eficacia y seguridad de la vacuna.

- Uso del adyuvante

Las vacunas nacionales no utilizan adyuvantes. Los adyuvantes aumentan la eficacia de la vacuna y contribuyen para disminuir la cantidad de ingrediente activo (antígeno). Hay registros de mayor ocurrencia

de efectos colaterales en comparación a vacunas sin este componente.

Las estadísticas indican mayor probabilidad de sentir dolor en el lugar de la aplicación. En el caso de la vacuna producida por la GSK, los datos indican mayor predisposición a jaquecas y otras reacciones corporales.

- Presencia ocasional de aglutinados

Se nota la presencia ocasional de partículas aglutinadas en la vacuna producida por la GSK. Hasta el momento, no hay comentarios de la influencia de estos aglutinados sobre la eficacia o seguridad de la vacuna. También no hay comprobación de relación causa-efecto entre estos aglutinados y las reacciones colaterales.

- Componentes de origen bovino

La vacuna contiene componentes de origen bovino que no satisfacen los esquemas japoneses. No se puede descartar por completo el riesgo de contaminación de encefalopatía esponjiforme pero se considera que los riesgos son bajos debido a las rigurosas condiciones de control de producción.

- Casos de choque anafiláctico

En Canadá, un lote de vacuna presentó más casos de choque anafiláctico en comparación a otros lotes de las mismas. La organización de salud pública de Canadá determinó la suspensión del uso de este lote de vacuna (que no fue importado a Japón) y continuó la aplicación de vacuna de otros lotes. En Canadá, los casos de choque anafiláctico se mantuvieron en la media presentada por otros tipos de vacuna contra la influenza (1 caso en cada 100.000 aplicaciones).

3. Sobre la seguridad de la vacuna

La vacuna contra la nueva influenza cumple con los criterios de seguridad vigentes. Sin embargo, se observan enrojecimiento y dolor en el lugar de aplicación por algunos días (enrojecimiento, hinchazón, dolor etc.). Ocasionalmente, puede haber fiebre, ansia de vómito y dolor de cabeza. Raramente, puede haber erupciones cutáneas acompañadas de comezón por todo el cuerpo (erupciones cutáneas, urticaria, enrojecimiento, pruritos etc.). En caso que estos síntomas se manifiesten intensamente, es recomendable recurrir al médico.

En el caso de la vacuna contra la influenza estacional sazonal, se observan cerca de 10 a 20% de los vacunados: hinchazón y dolor en el lugar de la aplicación pero las reacciones desaparecen después de 2 a 3 días. En 5 a 10% de los casos, se verifica también acontecimiento de fiebre, ansia de vómito y dolor de cabeza. Estos síntomas desaparecen de 2 a 3 días.

A pesar de que aún no hay pruebas contundentes sobre la relación con la vacuna, hay relatos de casos de parálisis parcial de manos y pies, pérdida de conciencia (síndrome de Guillain-Barre, encefalopatía aguda, encefalitis aguda diseminada, convulsiones, disfunciones hepáticas, crisis asmática, púrpura, etc.). Si son tratados rápidamente por un médico, estos síntomas pueden ser curados sin dejar secuelas en la mayoría de los casos.

En caso que presente una fuerte reacción colateral, indisposición, fiebre alta, convulsiones u otro síntoma, consulte con el médico.

4. Ayuda a Víctimas de Vacunas Preventivas

Los casos de graves reacciones colaterales causados por la vacuna contra la nueva influenza son reconocidas por el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar Social y pueden recibir ayuda en los términos de la Ley de Vacunación Preventiva.

5. Cuidados a tener

La vacuna solamente puede ser aplicada en caso que el/la joven esté en buenas condiciones de salud. Si el/ella está bajo tratamiento médico, por favor consulte con el médico responsable del tratamiento. Personas que presentan los cuadros clínicos señalados a continuación deben tomar la vacuna considerando sus condiciones físicas:

1. Personas con enfermedades cardíacas, respiratorias (inclusive bronquitis asmática), renales, hepáticas, sanguíneas o problemas de desarrollo.
2. Personas que presenten fiebre, erupciones cutáneas, urticaria o alergia en los 2 días siguientes a la vacunación.

3. Personas que alguna vez tuvieron convulsión.
4. Personas, incluyendo parientes consanguíneos, que presentan o presentaron cuadro de anormalidad inmunológica.
5. Personas con alergia a los componentes de esta vacuna, o al huevo, carne de pollo y otros derivados por lo que haya manifestado erupciones cutáneas o algún otro tipo de alergia.

Sin excepción alguna, no pueden tomar la vacuna personas:

1. con fiebre (37,5°C o más).
2. que presentan cuadro grave de enfermedad aguda.
3. que alguna vez sufrieron fuerte reacción alérgica (choque anafiláctico) causada por componentes de la vacuna contra influenza.
4. que el médico juzgue inapto para recibir la vacuna.

Mayor información puede ser obtenida en el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar Social:

Website: <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou04/>

Central de Información: 03-3234-3479

Si el(la) joven estuviera conciente de la necesidad de la aplicación de la vacuna y el responsable desea que la misma sea aplicada, por favor, autorice la vacunación poniendo su firma en el cuadro de abajo (no será posible la aplicación de la vacuna si no tuviera la firma del/la responsable).

Término de Concordancia & Autorización

私は、新型インフルエンザの予防接種を受けさせるに当たっての説明文書を読み、予防接種の目的、効果、安全性について理解しました。この文書を持参する本人の保護者として、新型インフルエンザのワクチンを接種することに同意します。

Declaro para los debidos fines que leí atentamente las explicaciones concernientes a la Vacuna contra la Nueva Influenza y que estoy conciente de sus objetivos, efectos y seguridad. Declaro también que, como responsable legal por el/la menor portador de ésta, autorizo la aplicación de la Vacuna contra la Nueva Influenza.

保護者ご氏名 (フルネーム) Nombre del/la responsable

保護者自署 (フルネーム) Firma del/la responsable

住所 Dirección

緊急の連絡先 Teléfono de emergencia (celular, lugar de trabajo, etc.)

Además del Término de Concordancia & Autorización de arriba, también es necesario completar y firmar el Cuestionario. Es necesario presentar 1 Término de Concordancia & Autorización y 1 Cuestionario completado y firmado para cada menor a ser vacunado(a). La falta de algún item o de la firma del/la responsable en ambos formularios imposibilitará la vacunación.