

Vacunas Gratis para prevenir la Tosferina (tos convulsiva) Para personas sin seguro medico de 11 años a 64 años de edad

Departamento de Salud del Condado de Rowan

Tenemos un limite de 500 dosis de vacunacion disponibles para el primero que vaya llegando.
Complete la forma de registracion incluida y traigala con usted para que se le atienda mas rapido.
Preferencia a personas con cita.

Para una cita llame al 704-216-8786

Factores acerca de la Tosferina: Tosferina es muy contagiosa y es uno de las enfermedades mas comunes en los Estados Unidos que se pueden prevenir con una vacunacion. Personas con Tosferina generalmente contagia la enfermedad tosiendo o estornunando muy cerca de otra personas , quienes entonces reciben la bacteria de la Tosferina al respirarla. Muchos infantes que se contagian de Tosferina se los transmiten los hermanos mas grandes, padres o niños que tal vez no sepan que tienen la enfermedad.

La Tosferina es mas severa en bebes, que por lo general se contagian por medio de hermanos, padres o algun otro miembro de la familia o quien cuide al bebe. La Tosferina en bebes puede causar una tos mas o menos fuerte que puede producir el vomito. Los bebes pueden desarrollar tos convulsiva al tratar de sacar el aire que se encuentra en sus pulmones hacia afuera. Esta enfermedad puede causar pulmonia y en casos severos la muerte.

Ya que los recién nacidos no tienen la edad necesaria para recibir la vacuna de la Tosferina, es importante que los proteja al tener a las personas que estan cerca de ellos vacunadas. Estas personas que estaran cerca del bebe diariamente deberian de vacunarse antes de tener contacto con el bebe si es posible. Mujeres embarazadas deben de recibir la vacuna despues de tener su bebe. Si usted no esta embarazada pero planea embarazarse en el futuro se le recomienda que se ponga la vacuna antes de que usted se embaraze.

Usted tal vez piensa que no necesita vacunarse o las personas que esten en contacto cercano con su bebe tampoco la necesitan, entonces le recomiendo que se tome 5 a 6 minutos para que vea un video que va incluido, podria salvar la vida de su bebe o el bebe de alguien mas. Video: <http://www.videosurf.com/video/jennifer-lopez-spanish-language-psa-about-pertussis-whooping-cough-128346546?vlt=kosmix> o <http://www.youtube.com/watch?v=Jr9K7qxd3hM>

La vacuna Tdap que protégé encontra de la Tosferina tambien protégé encontra de el Tetano y la Difteria. El Tetano (trismo) Puede hacer que los musculos de la mandibula se contraigan de modo que la victima no puede abrir la boca ni tragar. Las personas por lo general contraen El Tetano atraves de una bacteria que entra a el cuerpo por medio de una herida abierta o cortadura en la piel. La Difteria se pasa de persona a persona. La Difteria produce una membrana gruesa en la garganta, puede dificultar la respiracion, producir paralysis, insuficiencia cardiaca e incluso la muerte.

Esta vacunacion de la Vacuna Tdap has sido posible por medio de Adacel Gift Program and Sanofi Pasteur.

Departamento de Salud del Condado de Rowan County
Forma de Registro y de Consentimiento
Vacuna de la Tosferina
2011

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Telefono: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Raza: _____ Hispano _____ Si _____ No _____

Sexo: _____ Masculino _____ Femenino

Estado Civil: Casado(a) _____ Soltero(a) _____ Separado(a) _____ Divorciado(a) _____

Primero Idioma: _____ Ingles _____ Español

Si es una menor el que se esta vacunando, informacion del padres o guardians:

Apellido: _____ Primero Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Numero de Telefono: _____

Consentimiento para la Vacuna

Yo _____ he recibido una hoja de informacion acerca de la vacuna
Firma del Paciente/padre/o guardian

Tdap(Difteria y Tosferina) y mis preguntas han sido contestadas. Yo doy

consentimiento _____ o de mi hijo(a) _____ de
Nombre Nombre

recibir la vacuna Tdap (Difteria y Tosferina).

Tambien al firmar este consentimiento estoy confirmando que yo/hijo recibiendo esta vacuna el dia de hoy no tenemos seguro medico que cubre el costo de la vacuna Tdap.