

Gracias por escoger a el departamento de Ear and Hearing en el Center for Neurosciences como su Centro de Implante Cochlear (CI). Bien venido a nuestra familia.

Como ha de saber durante su visita, nuestro proceso de implantación de dispositivo Cochlear incluye (1) Estudios auditivos y específicos a CI los cuales se adhieren a las guías del Departamento de Comida y Administración de Drogas (FDA) y de las guías de seguro médico; (2) los estudios de imagen incluyen Tomografías de alta resolución de su estructura ósea del área temporal y Resonancia Magnética del Cerebro con protocolo del Canal Auditivo Interno; (3) un estudio de balance, que incluye un Video de Nistagmografía (VNG) y potencial vestibular miogénico evocado VEMP); (4) se requiere también la certificación médica para cumplir los requisitos de anestesia general, de su médico de cabecera y especialistas que supervisen sus cuidados médicos y (5) nuestra recomendación que considere las guías del Centro de Control de Enfermedades (CDC).

Nosotros NO requerimos vacunas para la implantación del dispositivo Cochlear, dado a que en Estados Unidos esto es una opción voluntaria. Más sin embargo, le recomendamos que lo considere seriamente la/s vacunas, dado a que pueden disminuir el riesgo de infección tales como meningitis.

Guía de Vacunación para Menores y Adultos

- Todos recién nacidos de manera rutinaria se les da **PCV13 (Prevnar 13)** en las siguientes edades 2, 4y 6 meses con un refuerzo de los 12 a 15 meses de nacidos por su pediatra. A los niños que se atrasen en sus vacunas se les podrá dar una dosis de refuerzo dentro de los 6 años de edad.
- Si su hijo/a ha recibido la serie de vacunas PCV7 por su pediatra, este debe ser vacunado con una solo dosis de PCV13 por lo menos 8 semanas después de haber recibido la ultima dosis de PCV7.
- **PPSV23 (Pneumovax)** fue registrada en 1983 y es recomendada a todos los pacientes de Implante Cochlear mayores de 2 años de edad.
- Si usted ha recibido la vacuna de **PPSV23 (Pneumovax)** pero no la PCV13, una dosis suplemental de PCV13 un año después de la PPSV23.
- Para los niños con implantes CI, que hayan completado todas las dosis recomendadas de PCV13 pero nunca recibido PPSV13, una dosis de esta misma debe de ser administrada después de los 2 años de edad; esta dosis de PPSV23 debe de ser administrada por los menos 2 meses después de la ultima dosis
- Niños entre 6-18 años de edad con implantes Cochlear que no recibido PCV13 (sin importar de haber recibido las series de PCV13 o la PCV7, se les debe administrar una dosis de PCV13.
- Favor de recordar a su pediatra, médico familiar, o internista que una dosis de refuerzo de PPSV23 (Pneumovax) es recomendada después de la primera dosis en pacientes entre 2-65 años de edad.
- Nuestra clínica no mantendrá record de seguimiento para que se le administre esta vacuna de refuerzo dado a que pacientes con implante Cochlear solo dan seguimiento con su cirujano por un año después de su cirugía. Por lo tanto, es su responsabilidad trabajar con su médico de cabecera para obtener la vacuna refuerzo.
- Una dosis de PCV13 seguida 8 semanas después por una de PPSV23 es sugerido a pacientes de CI después de cumplir los 665 años de edad.
- Esta agenda de vacunación debe de cumplirse por lo menos 2 semanas antes de la fecha de su cirugía para Implante Cochlear.
- Pacientes con VIH deber recibir ambas, PCV13 Y PPSV23, bajo la guía de administración de vacuna para adultos.

Al firmar lo siguiente, usted atesta que se le ha dado las recomendaciones de administración de vacunas como medio de reducir el riesgo de meningitis después de su cirugía de Implante Cochlear. Estas guías de recomendación pueden cambiar a lo largo del tiempo y usted debería consultar con su pediatra, internista, o médico de cabecera sobre las recomendaciones del Centro de Control de Enfermedades (CDC). Dado a mención previa, las vacunas son voluntarias, y usted puede optar por proceder con cirugía sin recibir su vacuna/s.

_____ Yo opto por ser vacunado/a antes de la cirugía de CI

_____ Yo opto por no ser vacunado/a antes de cirugía de CI

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____