

Registro para la vacuna contra el COVID

Complete este formulario en su totalidad.

Nombre Legal en ID (Apellido, Nombre)		Fecha De Nacimiento (mes/día/año)	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono:		Contacto de Emergencia:	
Correo Electrónico:		Nombre:	
Estado Civil:		Relación:	Teléfono:
Raza: <i>(Se puede seleccionar una o más categorías)</i> <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> India americana o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> De las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca/latina <input type="checkbox"/> Blanca/no latina <input type="checkbox"/> Otra raza		Sexo que se Identifica: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Trans M/F <input type="checkbox"/> No Binario <input type="checkbox"/> Otro	
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> No Latino		Idioma Preferido: Veterano/a <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Origen Hispano: <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Latino en general <input type="checkbox"/> Mexicano/mexicano-americano/chicano <input type="checkbox"/> Otro español/Latino <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Desconocido		Sin Hogar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		Trabajador/a agrícola <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Información de Ingresos

Sea Mar solicita esta información a todos los pacientes con fines de informes anónimos. Por favor haga un círculo en la categoría que le corresponda.

Family Size	Income Level					
	0 - \$12,880	\$12,881-\$16,100	\$16,101-\$19,320	\$19,321-\$22,540	\$22,541-\$25,760	\$25,761+
1	0 - \$17,420	\$17,421-\$21,775	\$21,776-\$26,130	\$26,131-\$30,485	\$30,486-\$34,840	\$34,841+
2	0 - \$21,960	\$21,961-\$27,450	\$27,451-\$32,940	\$32,941-\$38,430	\$38,431-\$43,920	\$43,921+
3	0 - \$26,500	\$26,501-\$33,125	\$33,126-\$39,750	\$39,751-\$46,375	\$46,376-\$53,000	\$53,001+
4	0 - \$31,040	\$31,041-\$38,800	\$38,801-\$46,560	\$46,561-\$54,320	\$54,321-\$62,800	\$62,801+
5	0 - \$35,580	\$35,581-\$44,475	\$44,476-\$53,370	\$53,371-\$62,265	\$62,266-\$71,160	\$71,161+
6	0 - \$40,120	\$40,121-\$50,150	\$50,151-\$60,180	\$60,181-\$70,210	\$70,211-\$80,240	\$80,241+
7	0 - \$44,660	\$44,661-\$55,825	\$55,826-\$66,990	\$66,991-\$78,155	\$78,156-\$89,320	\$89,321+
8						
Other (Provide Write-In Household Size and Income):						



Aviso de Prácticas de Privacidad Reconocimiento

La Notificación de Prácticas de Privacidad de Información Protegida de Salud describe cómo se puede usar y divulgar su información médica, cómo puede obtener acceso a esta información y con quién comunicarse si tiene preguntas, inquietudes o quejas.

Sea Mar tiene la responsabilidad de proteger la privacidad de su información, proporcionar un aviso de prácticas de privacidad y seguir las prácticas de información que se describen en este aviso. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Vicepresidente de Asuntos Corporativos y Jurídicos de Sea Mar al 206.763.5277.

Al firmar este formulario, usted reconoce haber recibido el Aviso de las Prácticas de Privacidad y los Derechos y Responsabilidades del Paciente de los Centros de Salud Comunitarios Sea Mar. Sea Mar le anima a revisar estos avisos cuidadosamente.

Acuso recibo del aviso de prácticas de privacidad de los Centros de Salud Comunitaria de Sea Mar y Derechos y Responsabilidades del Paciente.

Paciente o firma legalmente autorizada

Fecha

Hora

Nombre impreso si firmado en nombre del paciente

Relación

(Padre, tutor legal, representante personal)

Nombre del paciente: <<PName>

Fecha de Nacimiento: <<PDOB>>

Identificación del Paciente: <<PNumber>>

Este formulario se mantendrá en su expediente médico.

Solicitud para la Escala de Descuento de Tarifas

Para cumplir con las regulaciones federales y proporcionarle un descuento en los servicios de Sea Mar, es necesario que llene este formulario, conteste algunas preguntas personales y proporcione una prueba de ingresos. Sus respuestas se guardarán en archivo y en estricta confidencialidad.

Nombre del paciente:	Fecha de Nacimiento:	Identificación del paciente:
Tamaño del hogar:	Ingresos anuales:	<input type="checkbox"/> Elijo <u>NO</u> proveer mis ingresos.

Opto por no solicitar la escala de descuento de tarifas. Por favor, firme y date abajo.

Firma _____

Fecha _____

Yo elijo aplicar para el descuento de escala de tarifas. La escala de tarifas deslizantes está disponible para todos los pacientes, independientemente del estado del seguro. Si tiene un seguro, el descuento de la escala de tarifas deslizantes puede aplicarse a los cargos no cubiertos por el seguro. Complete el formulario completo para determinar el descuento elegible.

Los miembros del hogar	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (MES/DIA/AÑO)	SEGURO DE SALUD	RELACIÓN	PACIENTE DE SEA MAR?	
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					

FUENTE DE INGRESO	INGRESOS ANUALES	Para ti	Para el cónyuge	Para niños	Para Otros	Sub Total
	Salarios Brutos, Salarios, Propinas					\$ 0.00
	Seguridad Social y Pensiones					\$ 0.00
	Beneficios de Anualidad y Veteranos					\$ 0.00
	Mantenimiento de hijos y pensión alimenticia					\$ 0.00
	Autoempleo y Otros					\$ 0.00
	Por otro," por favor explique:					
TOTAL					\$0.00	

Al firmar abajo, estoy de acuerdo en proveer a los Centros de Salud Comunitarios de Sea Mar una prueba de ingresos para todas las personas mencionadas arriba. Aceptable prueba de ingresos incluye, pero no se limita a, declaraciones de seguridad social, talones de cheque de pago (dos más recientes), carta de asistencia pública, formulario de declaración de impuestos, formulario W-2, talón de cheque de L & I, talón de cheque de desempleo.

Entiendo que se me pedirá que vuelva a solicitar la escala de tarifas por lo menos una vez al año para que Sea Mar pueda mantener una solicitud actualizada en el archivo. Certifico que la información proporcionada es exacta y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que si a sabiendas doy información falsa que resulte en ayuda para la cual no soy elegible, estaré sujeto a procesamiento criminal. Doy mi consentimiento para liberar cualquier información de cualquier fuente necesaria para verificar la información que he dado.

Firma _____

Fecha _____

USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

El paciente es elegible para la escala de descuento de tarifas: Si No SFS Status (circle one): A B C D E F

POI solicitado: _____ Inicial: _____ POI recibidos: _____ Inicial: _____

Examen y consentimiento para la vacuna de Janssen (Johnson and Johnson) contra el COVID-19

18 AÑOS Y MAYORES

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que no debería recibir la vacuna contra la COVID-19 de Janssen hoy. Si responde “sí” a cualquier pregunta, no significa necesariamente que no debe vacunarse. Solo significa que se deben hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

	Si	No	No lo se
¿Ha dado positivo a el COVID-19 en los últimos 90 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene alguno de estos síntomas relacionados con COVID? (fiebre, tos, dificultad para respirar, pérdida del gusto y / o del olfato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha estado en contacto cercano con un caso de COVID confirmado, en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Ha recibido una vacuna en las últimas 2 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Está enfermo hoy (No incluíendo síntomas de COVID)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tiene alergia a un componente de la vacuna? (Adenovirus recombinante incapaz de reproducirse de tipo 26, que expresa la proteína espicular de SARS-CoV-2, monohidrato de ácido cítrico, dihidrato de citrato trisódico, etanol, 2-hidroxiopropil-beta-ciclodextrina (HBCD), polisorbato-80, cloruro sódico.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave a una vacuna en el pasado? (urticaria, picazón, dificultad para respirar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez ha tenido anafilaxia (grave, potencialmente mortal reacción alérgica), NO relacionada con una inyección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. SOLO PARA MUJERES: ¿Podría estar embarazada o amamantando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N/A

Sé que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) ha autorizado el uso de emergencia de esta vacuna. Sé que no es una vacuna con licencia completa de la FDA. Me pidieron que me uniera al programa V-SAFE. El programa realiza chequeos de salud a las personas que reciben la vacuna COVID-19. Sé que debo informar los efectos secundarios de la vacuna al Sistema de Notificación de Eventos Adversos a las Vacunas (VAERS) de la FDA / CDC al 1-800-822-7967 o <https://vaers.hhs.gov/reportevent.html>.

Sé que debo recibir solamente una dosis de esta vacuna contra el COVID-19

Me han entregado una copia y he leído o me han explicado la información de la hoja informativa sobre la VACUNA JANSSEN (Johnson and Johnson) COVID-19. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna.

Vacuna: VACUNA CONTRA EL COVID-19 DE JANSSEN (JOHNSON & JOHNSON)

Acepto la vacunación Rechazo la vacunación

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ MRN: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____ Fecha: _____

SOLO PARA EL PERSONAL DE LA CLÍNICA/FOR CLINIC STAFF ONLY:

WAIS reviewed – dose giving today: (date of Immunization: _____)

**** If yes to any questions, consult with medical provider or pharmacist**

MEDICAL PROVIDER/PHARMACIST SIGNATURE _____

VACCINE NAME _____ LOT # _____ EXP DATE _____ INITIALS _____

COVID screening question follow up:

1. If patient has a positive COVID test, must wait 90 days from date of positive test to receive vaccine when supplies are limited
2. If symptoms – test for COVID and wait for negative PCR to vaccinate. If positive, see #1. If negative, vaccinate.
3. If patient is a close contact of someone who tested positive for COVID within 14 days,
 - a. persons in the community or outpatient setting who have had a known COVID-19 exposure should not seek vaccination until their quarantine period has ended to avoid potentially exposing healthcare personnel and other persons to SARS-CoV-2 during the vaccination visit.
 - b. Healthcare workers and first responders – vaccinate

Have you had a vaccine in the past 2 weeks?

- Given the lack of data on the safety and efficacy of the Janssen (Johnson and Johnson) COVID-19 vaccine administered simultaneously with other vaccines, the Janssen (Johnson and Johnson) vaccine series should be administered alone, with a minimum interval of 14 days before or after administration with any other vaccines. If Janssen (Johnson and Johnson) COVID-19 vaccine is inadvertently administered within 14 days of another vaccine, doses do not need to be repeated for either vaccine.
- Watch for new hire vaccinations and prioritize COVID vaccine above others.

Is the person to be vaccinated sick today (aside from COVID symptoms)?

- Aside from COVID symptoms – evaluate as would normally for vaccines (afebrile, etc.)
- Provider must assess situation and sign off

Does the person to be vaccinated have an allergy to a component of the vaccine?

(Recombinant, Replication-incompetent adenovirus type 26 expressing the SARS-CoV-2 spike protein, citric acid, monohydrate, trisodium citrate dehydrate, ethanol, 2-hydroxypropyl-β-cyclodextrin (HBCD), polysorbate-80 sodium chloride)

Has the person to be vaccinated ever had a serious reaction to a vaccine in the past? (hives, itching, difficulty breathing)

- **Do not vaccinate at this time, per ACIP**

Has the person to be vaccinated EVER had anaphylaxis to a NON-injectable agent?

- If yes – must observe for 30minutes post-dose vs 15 minutes
- If it was to an injectable (vaccine, drug) – DO NOT VACCINATE

Is the person to be vaccinated pregnant or breastfeeding? Patient must make informed decision; no thimerisol

- Available data on Janssen (Johnson and Johnson) COVID-19 Vaccine administered to pregnant women are insufficient to inform vaccine-associated risks in pregnancy.
- Data are not available to assess the effects of Janssen (Johnson and Johnson) COVID-19 Vaccine on the breastfed infant or on milk production/excretion.
- CDC recommends vaccination in both breastfeeding and lactation if appropriate (link below).

Reference:

<https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/info-by-product/janssen/index.html>

<https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/coronavirus-disease-2019-covid-19/janssen-covid-19-vaccine>

HOJA INFORMATIVA PARA RECEPTORES Y CUIDADORES

AUTORIZACIÓN DE USO DE EMERGENCIA (EUA) DE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE JANSSEN PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS DE 2019 (COVID-19) EN PERSONAS DE 18 AÑOS EN ADELANTE

Se le ofrece la vacuna contra la COVID-19 de Janssen para prevenir la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19) causada por el SARS-CoV-2. Esta hoja informativa contiene información para ayudarle a comprender los riesgos y beneficios de recibir la vacuna contra la COVID-19 de Janssen, que pueden administrarle debido a la actual pandemia de COVID-19.

La vacuna contra la COVID-19 de Janssen podría prevenir el contagio de la COVID-19.

Lea esta hoja informativa para obtener información sobre la vacuna contra la COVID-19 de Janssen. Hable con el proveedor de vacunación si tiene alguna pregunta. Recibir la vacuna contra la COVID-19 de Janssen es decisión suya.

La vacuna contra la COVID-19 de Janssen se administra en una **dosis única** en el músculo.

Es posible que la vacuna contra la COVID-19 de Janssen no proteja a todas las personas.

Esta hoja informativa puede haberse actualizado. Para obtener la hoja informativa más reciente, visite www.janssencovid19vaccine.com.

¿QUÉ NECESITA SABER ANTES DE RECIBIR ESTA VACUNA

¿QUÉ ES LA COVID-19?

La COVID-19 es causada por un coronavirus denominado SARS-CoV-2. Este tipo de coronavirus no se ha observado anteriormente. Puede contraer COVID-19 a través del contacto con otra persona que tenga el virus. Es predominantemente una enfermedad respiratoria que puede afectar a otros órganos. Las personas con COVID-19 han notificado una amplia variedad de síntomas, desde síntomas leves hasta enfermedad grave. Los síntomas pueden aparecer entre 2 y 14 días después de la exposición al virus. Los síntomas frecuentes pueden incluir: fiebre o escalofríos, tos, falta de aire, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, pérdida nueva del gusto o del olfato, dolor de garganta, congestión o secreción nasal, náuseas o vómitos, diarrea.

¿QUÉ ES LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE JANSSEN?

La vacuna contra la COVID-19 de Janssen es una vacuna no aprobada que podría prevenir la COVID-19.

La FDA ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna contra la COVID-19 de Janssen para prevenir la COVID-19 en personas de 18 años en adelante en virtud de una autorización de uso de emergencia (EUA).

Para obtener más información sobre la EUA, consulte la sección “¿Qué es una autorización de uso de emergencia (EUA)?” al final de esta hoja informativa.

¿QUÉ DEBERÍA MENCIONARLE A SU PROVEEDOR DE VACUNACIÓN ANTES DE RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE JANSSEN?

Informe al proveedor de vacunación sobre todas las afecciones médicas que tenga, lo cual incluye si usted:

- tiene alguna alergia;
- tiene fiebre;
- tiene un trastorno hemorrágico o está en tratamiento con un anticoagulante;
- está inmunodeprimido o está en tratamiento con un medicamento que afecta al sistema inmunitario;
- está embarazada o planea quedar embarazada;
- está en período de lactancia;
- ha recibido otra vacuna contra la COVID-19;
- se ha desmayado alguna vez al recibir una inyección.

¿QUIÉN DEBERÍA RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE JANSSEN?

La FDA ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna contra la COVID-19 de Janssen en personas de 18 años en adelante.

¿QUIÉN NO DEBERÍA RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE JANSSEN?

Usted no debería recibir la vacuna contra la COVID-19 de Janssen si:

- tuvo una reacción alérgica grave a cualquier componente de esta vacuna.

¿CUÁLES SON LOS COMPONENTES DE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE JANSSEN?

La vacuna contra la COVID-19 de Janssen incluye los siguientes componentes: adenovirus recombinante incapaz de reproducirse de tipo 26, que expresa la proteína espicular de SARS-CoV-2, monohidrato de ácido cítrico, dihidrato de citrato trisódico, etanol, 2-hidroxipropil-beta-ciclodextrina (HBCD), polisorbato-80, cloruro sódico.

¿CÓMO SE ADMINISTRA LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE JANSSEN?

La vacuna contra la COVID-19 de Janssen se le administrará en forma de inyección en el músculo.

El calendario de vacunación de la vacuna contra la COVID-19 de Janssen consiste en una **dosis única**.

¿SE HA USADO LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE JANSSEN EN EL PASADO?

La vacuna contra la COVID-19 de Janssen es una vacuna no aprobada. En un ensayo clínico en curso, aproximadamente 21,895 personas de 18 años en adelante han recibido la vacuna contra la COVID-19 de Janssen.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE JANSSEN?

En un ensayo clínico en curso, se ha demostrado que la vacuna contra la COVID-19 de Janssen previene la COVID-19 después de la administración de una dosis única. Actualmente, se desconoce la duración de la protección contra la COVID-19.

¿CUÁLES SON LOS RIESGOS DE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE JANSSEN?

Los efectos secundarios que se han notificado con respecto a la vacuna contra la COVID-19 de Janssen incluyen los siguientes:

- Reacciones en el lugar de la inyección: dolor, enrojecimiento de la piel e hinchazón.
- Efectos secundarios generales: dolor de cabeza, sensación de mucho cansancio, dolores musculares, náuseas y fiebre.
- Ganglios linfáticos inflamados.
- Sensación inusual en la piel (como, por ejemplo, sensación de hormigueo o cosquilleo) (parestesia), disminución de la sensibilidad o sensación, especialmente en la piel (hipoestesia).
- Zumbido persistente en los oídos (acúfenos).
- Diarrea, vómitos.

Reacciones alérgicas graves

Existe una posibilidad remota de que la vacuna contra la COVID-19 de Janssen pueda causar una reacción alérgica grave. Una reacción alérgica grave normalmente ocurriría en el lapso de unos minutos a una hora después de recibir una dosis de la vacuna contra la COVID-19 de Janssen. Por este motivo, el proveedor de vacunación podría pedirle que permanezca en el lugar donde recibió la vacuna para supervisarlos después de la vacunación. Los signos de una reacción alérgica grave pueden incluir los siguientes:

- Dificultad para respirar

- Hinchazón de la cara y la garganta
- Ritmo cardíaco acelerado
- Erupción cutánea intensa en todo el cuerpo
- Mareos y debilidad

Coágulos de sangre con niveles bajos de plaquetas

En algunas personas que han recibido la vacuna contra la COVID-19 de Janssen, se han producido coágulos de sangre que afectan a los vasos sanguíneos del cerebro, los pulmones, el abdomen y las piernas, junto con niveles bajos de plaquetas (células sanguíneas que ayudan al cuerpo a detener las hemorragias). En las personas que desarrollaron estos coágulos de sangre y niveles bajos de plaquetas, los síntomas comenzaron aproximadamente de una a dos semanas después de la vacunación. La tasa más alta de notificación de estos coágulos de sangre y niveles bajos de plaquetas ha sido en mujeres de 18 a 49 años. La probabilidad de que esto ocurra es remota. Debe buscar atención médica inmediatamente si presenta alguno de los siguientes síntomas después de recibir la vacuna contra la COVID-19 de Janssen:

- Falta de aire
- Dolor de pecho
- Hinchazón de las piernas
- Dolor abdominal persistente
- Dolores de cabeza intensos o persistentes o visión borrosa
- Fácil formación de hematomas o pequeñas manchas de sangre debajo de la piel fuera del lugar de la inyección

Tal vez estos no sean todos los posibles efectos secundarios de la vacuna contra la COVID-19 de Janssen. Pueden producirse efectos secundarios graves e inesperados. La vacuna contra la COVID-19 de Janssen todavía se está estudiando en ensayos clínicos.

Síndrome de Guillain-Barré

Se ha producido síndrome de Guillain Barré (un trastorno neurológico en el que el sistema inmunitario del cuerpo daña las células nerviosas, lo que provoca debilidad muscular y, en ocasiones, parálisis) en algunas personas que han recibido la vacuna contra la COVID-19 de Janssen. En la mayoría de estas personas, los síntomas comenzaron en los 42 días posteriores a la recepción de la vacuna contra la COVID-19 de Janssen. La probabilidad de que esto ocurra es muy baja. Debe buscar atención médica inmediatamente si desarrolla alguno de los siguientes síntomas después de recibir la vacuna contra la COVID-19 de Janssen:

- Sensación de debilidad u hormigueo, especialmente en las piernas o los brazos, que empeora y se extiende a otras partes del cuerpo.
- Dificultad para caminar.
- Dificultad con los movimientos faciales, como hablar, masticar o tragar.

- Visión doble o incapacidad para mover los ojos.
- Dificultad para controlar la vejiga o la función intestinal.

¿QUÉ DEBO HACER SI TENGO EFECTOS SECUNDARIOS?

Si tiene una reacción alérgica grave, llame al 9-1-1 o acuda al hospital más cercano.

Llame al proveedor de vacunación o a su proveedor de atención médica si tiene algún efecto secundario que le molesta o no desaparece.

Notifique los efectos secundarios de la vacuna al **Sistema de notificación de eventos adversos de vacunas (Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS) de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)**. El número gratuito del VAERS es 1-800-822-7967. También puede notificarlos en línea en <https://vaers.hhs.gov/reportevent.html>. Incluya “Janssen COVID-19 Vaccine EUA” (EUA de la vacuna contra la COVID-19 de Janssen) en la primera línea de la casilla número 18 del formulario de notificación.

Además, puede notificar los efectos secundarios a Janssen Biotech, Inc. mediante la información de contacto que aparece a continuación.

Correo electrónico	Número de fax	Números de teléfono
JNJvaccineAE@its.jnj.com	215-293-9955	Número gratuito para los EE. UU.: 1-800-565-4008 Número con cargo para los EE. UU.: (908) 455-9922

También se le puede dar la opción de inscribirse en **v-safe**. **V-safe** es una nueva herramienta voluntaria para teléfonos inteligentes que utiliza mensajes de texto y encuestas web para verificar el estado de las personas que han sido vacunadas con el fin de identificar posibles efectos secundarios después de la vacunación contra la COVID-19. **V-safe** hace preguntas que ayudan a los CDC a supervisar la seguridad de las vacunas contra la COVID-19. **V-safe** también realiza un seguimiento telefónico en vivo por parte de los CDC si los participantes notifican un impacto significativo en la salud después de la vacunación contra la COVID-19. Para obtener más información sobre cómo registrarse, visite: www.cdc.gov/vsafe.

¿QUÉ OCURRE SI DECIDO NO RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE JANSSEN?

Recibir o no la vacuna contra la COVID-19 de Janssen es decisión suya. Si decidiera no recibirla, esto no modificará su atención médica habitual.

¿EXISTEN OTRAS OPCIONES DISPONIBLES PARA PREVENIR LA COVID-19 ADEMÁS DE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE JANSSEN?

Otra opción para prevenir la COVID-19 es Comirnaty, una vacuna contra la COVID-19 aprobada por la FDA. Es posible que se disponga de otras vacunas para prevenir la COVID-19 en virtud de una autorización de uso de emergencia.

¿PUEDO RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE JANSSEN CON OTRAS VACUNAS?

No hay información sobre el uso de la vacuna contra la COVID-19 de Janssen con otras vacunas.

¿QUÉ OCURRE SI ESTOY EMBARAZADA O EN PERÍODO DE LACTANCIA?

Si está embarazada o en período de lactancia, analice sus opciones con su proveedor de atención médica.

¿LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE JANSSEN ME HARÁ CONTRAER COVID-19?


No. La vacuna contra la COVID-19 de Janssen no contiene SARS-CoV-2 y no puede hacerle contraer COVID-19.

CONSERVE SU TARJETA DE VACUNACIÓN

Cuando reciba la vacuna contra la COVID-19 de Janssen, recibirá una tarjeta de vacunación donde se registrará el nombre de la vacuna y la fecha en que la recibió.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Si tiene preguntas o desea tener acceso a las hojas informativas sobre la vacuna contra la COVID-19 de Janssen más recientes, escanee el código QR con su dispositivo, visite el sitio web o llame a los números de teléfono que se indican a continuación.

Código QR	Sitio web de las hojas informativas	Números de teléfono
	www.janssencovid19vaccine.com	Número gratuito para los EE. UU.: 1-800-565-4008 Número con cargo para los EE. UU.: (908) 455-9922

¿CÓMO PUEDO OBTENER MÁS INFORMACIÓN?

- Pregunte al proveedor de vacunación.

- Visite el sitio web de los CDC en <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>.
- Visite el sitio web de la FDA en <https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/mcm-legal-regulatory-and-policy-framework/emergency-use-authorization>.

Comuníquese con su Departamento de Salud Pública local o estatal.

¿DÓNDE SE REGISTRARÁ MI INFORMACIÓN DE VACUNACIÓN?

El proveedor de vacunación puede incluir su información de vacunación en el Sistema de información de inmunización (Immunization Information System, IIS) de su jurisdicción local/estatal u otro sistema designado. Para obtener más información sobre los IIS, visite: <https://www.cdc.gov/vaccines/programs/iis/about.html>.

¿SE ME PUEDE COBRAR UN HONORARIO DE ADMINISTRACIÓN POR RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA COVID-19?

No. En este momento, el proveedor no puede cobrarle por una dosis de la vacuna y no se le puede cobrar un honorario de administración de la vacuna como gasto de bolsillo ni ningún otro honorario si solo recibe una vacuna contra la COVID-19. Sin embargo, los proveedores de vacunación podrán solicitar el reembolso correspondiente a un programa o plan que cubra los honorarios de administración de la vacuna contra la COVID-19 para el receptor de la vacuna (seguro privado, Medicare, Medicaid, Programa contra la COVID-19 para no asegurados de la Administración de Recursos y Servicios de Salud [Health Resources and Services Administration, HRSA] para receptores no asegurados).

¿DÓNDE PUEDO NOTIFICAR CASOS DE SOSPECHA DE FRAUDE?

Se alienta a las personas que tengan conocimiento de cualquier posible incumplimiento de los requisitos del Programa de vacunación contra la COVID-19 de los CDC que lo notifiquen a la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. llamando al 1-800-HHS-TIPS o en [TIPS.HHS.GOV](https://www.hhs.gov/tips).

¿QUÉ ES EL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN POR DAÑOS CAUSADOS POR CONTRAMEDIDAS?

El Programa de compensación por daños causados por contramedidas (Countermeasures Injury Compensation Program, CICP) es un programa federal que puede ayudar a pagar los costos relacionados con la atención médica y otros gastos específicos de determinadas personas que han sufrido daños graves a causa de ciertos medicamentos o vacunas, incluida esta vacuna. En general, se debe presentar un reclamo al CICP en el plazo de un (1) año desde la fecha de recepción de la vacuna. Para obtener más información acerca de este programa, visite www.hrsa.gov/cicp/ o llame al 1-855-266-2427.

¿QUÉ ES UNA AUTORIZACIÓN DE USO DE EMERGENCIA (EUA)?

La FDA de los Estados Unidos ha permitido que la vacuna contra la COVID-19 de Janssen esté disponible en virtud de un mecanismo de acceso de emergencia denominado autorización de uso de emergencia (emergency use authorization, EUA). La EUA está respaldada por una declaración del secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) de que existen circunstancias para justificar el uso de emergencia de fármacos y productos biológicos durante la pandemia de COVID-19.

La vacuna contra la COVID-19 de Janssen no se ha sometido al mismo tipo de revisión que un producto aprobado o autorizado por la FDA. La FDA puede emitir una EUA cuando se cumplen determinados criterios, lo que incluye que no existan alternativas aceptables, aprobadas y disponibles. Además, la decisión de la FDA se basa en la totalidad de la evidencia científica disponible que muestra que el producto puede ser eficaz para prevenir la COVID-19 durante la pandemia de COVID-19, y que los beneficios conocidos y potenciales del producto superan sus riesgos conocidos y potenciales. Todos estos criterios deben cumplirse para permitir el uso del producto durante la pandemia de COVID-19.

La EUA para la vacuna contra la COVID-19 de Janssen estará en vigor durante la vigencia de la declaración sobre la COVID-19 que justifica el uso de emergencia de estos productos, a menos que se cancele o revoque (después de lo cual los productos ya no se podrán usar).

Fabricado por:
Janssen Biotech, Inc.,
una compañía farmacéutica de Janssen de Johnson & Johnson
Horsham, PA 19044, EE. UU.



© 2021 Janssen Pharmaceutical Companies

Para obtener más información, llame al número gratuito para los EE. UU. 1-800-565-4008, al número con cargo para los EE. UU. (908) 455-9922 o visite www.janssencovid19vaccine.com.

Revisado: Ago/27/2021

cp-209711v10



Escanee para registrar la entrega de esta hoja informativa al receptor de la vacuna en los registros médicos electrónicos/sistemas de información de inmunización.

Fecha del código de barras: 02/2021



Vacúnese. Tome su teléfono inteligente. Empiece a usar v-safe.

¿Qué es v-safe?

V-safe es una herramienta para teléfonos inteligentes que usa mensajes de texto y encuestas web para proporcionar chequeos de salud personalizados después de que reciba una vacuna contra el COVID-19. A través de **v-safe**, usted puede decirles a los CDC, rápidamente, si tiene algún efecto secundario después de vacunarse contra el COVID-19. Según las respuestas que dé, alguien de los CDC podría llamarlo para saber cómo se encuentra. Y **v-safe** le recordará que tiene que ponerse la segunda dosis de la vacuna contra el COVID-19 si la necesita.

Su participación en **v-safe** de los CDC marca la diferencia: ayuda a mantener las vacunas contra el COVID-19 seguras.

¿Cómo puedo participar?

Después de que reciba una vacuna contra el COVID-19, puede inscribirse en **v-safe** usando su teléfono inteligente. La participación es voluntaria y usted puede retirarse en cualquier momento. Recibirá mensajes de texto de **v-safe** alrededor de las 2 p. m., hora local. Para retirarse, simplemente textee "STOP" cuando **v-safe** le envíe un mensaje de texto. También puede reinscribirse en **v-safe** texteeando "START".

¿Cuánto duran los chequeos de v-safe?

Durante la primera semana después de que reciba la vacuna, **v-safe** le enviará un mensaje de texto cada día para preguntarle cómo está. Después recibirá mensajes de chequeo una vez a la semana, hasta por 5 semanas. Responder las preguntas que hace **v-safe** debería tomar menos de 5 minutos. Si necesita una segunda dosis de la vacuna, **v-safe** proveerá un nuevo proceso de 6 semanas de chequeos para que también pueda compartir su experiencia con la segunda dosis. También recibirá mensajes de chequeo 3, 6 y 12 meses después de la última dosis de la vacuna.

¿Está segura mi información de salud?

Sí. Su información personal en **v-safe** está protegida, así que se mantiene confidencial y privada.*

*Hasta el punto en que **v-safe** usa los sistemas de información existentes manejados por los CDC, la FDA y otras agencias federales, los sistemas emplean estrictas medidas de seguridad adecuadas para el nivel de sensibilidad de los datos.



v-safeSM

verificador de salud
después de la vacunación

Use su teléfono inteligente para decirles a los CDC si presenta algún efecto secundario después de vacunarse contra el COVID-19. También recibirá recordatorios si necesita una segunda dosis de la vacuna.



Inscríbese usando el navegador de su teléfono inteligente en vsafe.cdc.gov



Apunte la cámara de su teléfono inteligente a este código

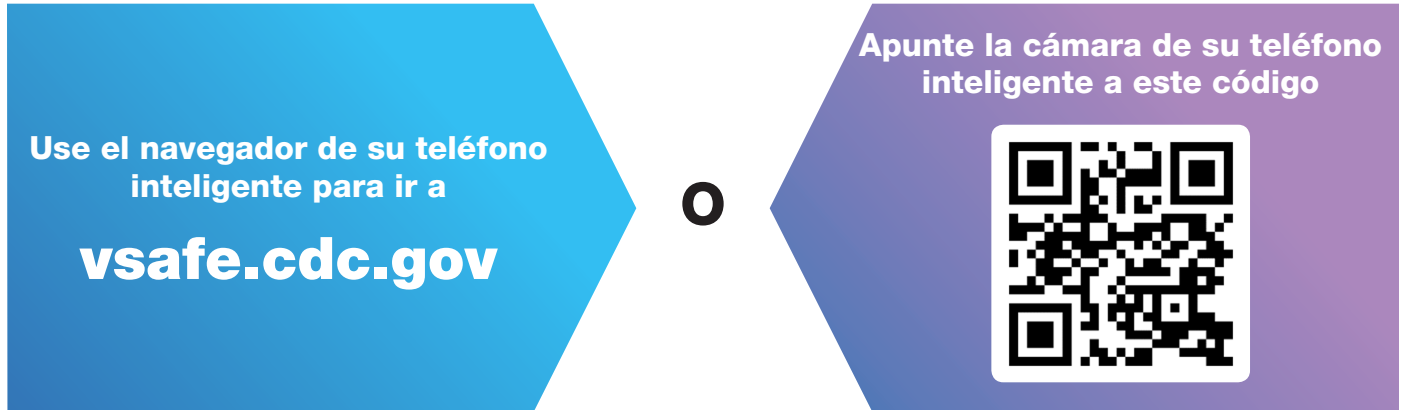


Cómo inscribirse y usar v-safe

Necesitará su teléfono inteligente y la información sobre la vacuna que recibió contra el COVID-19. Esta información se puede encontrar en su tarjeta de registro de vacunación; si no puede encontrar su tarjeta, comuníquese con su proveedor de atención médica.

Inscríbese

1. Visite el sitio web de **v-safe** usando una de las dos opciones que aparecen a continuación:



2. Lea las instrucciones. Haga clic en "**Get Started**".
3. Ingrese su nombre, número de teléfono móvil y otra información solicitada. Haga clic en "**Register**".
4. Recibirá en su teléfono inteligente un mensaje de texto con un código de verificación. Ingrese el código en **v-safe** y haga clic en "**Verify**".
5. En la parte de arriba de la pantalla, haga clic en "**Enter vaccine information**".
6. Seleccione la vacuna contra el COVID-19 que recibió (esta información se encuentra en su tarjeta de registro de vacunación; si no puede encontrar su tarjeta, comuníquese con su proveedor de atención médica). Después ingrese la fecha en que se vacunó. Haga clic en "**Next**".
7. Revise la información sobre su vacuna. Si es correcta, haga clic en "**Submit**". Si no lo es, haga clic en "**Go Back**".
8. **¡Felicitaciones! ¡Está listo!** Si completa su inscripción antes de las 2 p. m. hora local, **v-safe** comenzará su chequeo de salud inicial alrededor de las 2 p. m. ese día. Si se inscribe después de las 2 p. m., **v-safe** comenzará su chequeo de salud inicial inmediatamente después de que se inscriba; solo siga las instrucciones.

Recibirá un mensaje de texto recordatorio de **v-safe** cuando sea el momento de hacer el próximo chequeo, alrededor de las 2 p. m. hora local. Solo haga clic en el enlace en el mensaje de texto para comenzar el chequeo.

Complete el chequeo de salud de v-safe

1. Cuando reciba en su teléfono inteligente un mensaje de texto de **v-safe** para hacer un chequeo, haga clic en el enlace cuando esté listo.
2. Siga las instrucciones para completar el chequeo.

Resolución de problemas

Si me interrumpen, ¿cómo puedo regresar y terminar un chequeo más tarde?

- Haga clic en el enlace en el mensaje de texto recordatorio para volver a comenzar y completar el chequeo.

¿Cómo actualizo la información sobre mi vacuna después de recibir la segunda dosis de la vacuna contra el COVID-19?

- **V-safe** le pedirá automáticamente que actualice la información de su segunda dosis. Solo siga las instrucciones.

¿Necesita ayuda con v-safe?

Llame al 800-CDC-INFO (800-232-4636)

Línea TTY: 888-232-6348

Abierta 24 horas al día, 7 días a la semana

Visite www.cdc.gov/vsafe

