

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 NO 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: _____

Preguntas y Consentimiento para la vacuna Moderna 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 COVID-19 Moderna hoy. Si responde "sí" a cualquier pregunta, no significa necesariamente que no deba vacunarse. Sólo 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 por 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 o del olfato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido contacto cercano con un caso de COVID confirmado, en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿A Partir de hoy, tiene 18 años de edad o más?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha recibido alguna otra vacuna en las últimas dos semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está enfermo hoy? (aparte de los síntomas de COVID)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene alergia a un componente de la vacuna? (Lípidos, Trometamina, Clorhidrato de Trometamina, Ácido acético, Acetato de Sodio, Sacarosa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿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"/>
¿Alguna vez ha tenido anafilaxia (una reacción alérgica grave potencialmente mortal), no relacionada con una inyección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOLO PARA MUJERES: ¿Está usted embarazada o amamantando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N/A
¿Alguna vez se ha desmayado o se ha sentido mareado después de recibir una inyección o cuando le extraigan sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 controles 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 dos dosis de la vacuna COVID-19 y recibir la misma vacuna cada vez.

Me han entregado una copia y he leído o me han explicado la información de la Ficha Informativa de la VACUNA COVID-19 Moderna. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna.

Vacuna: Moderna VACUNA COVID-19

Aceptar la Inmunización

Rechazar la vacunación

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ MRN: _____

Firma De Paciente: _____ Fecha: _____

Solo para el personal de la clínica:

WAIS revisado - dosis que se administra hoy: 1. ° 2. ° (fecha de la primera dosis: _____)

*** En caso afirmativo a cualquier pregunta, consulte con su médico o farmacéutico.

FIRMA DEL PROVEEDOR MÉDICO / FARMACÉUTICO _____

Nombre de la vacuna _____ LOTE # _____ Fecha de expiración _____ Iniciales _____

Pregunta de seguimiento de COVID:

1. Si el paciente tiene una prueba de COVID positiva, cuando las dosis son limitadas, este grupo debe vacunarse en una fecha posterior.
2. Si hay síntomas, realice la prueba de COVID y espere a que la prueba sea negativa para vacunar. Si es positivo, vea el n.º 1. Si es negativo, vacunar
3. Si el paciente ha tenido contacto cercano con alguien que dio positivo por COVID dentro de los 14 días,
 - A. Las personas de la comunidad o del entorno ambulatorio que hayan tenido una exposición conocida al COVID-19 no deben buscar la vacuna hasta que finalice su período de cuarentena para evitar la posible exposición del personal de atención médica y otras personas al SARS-CoV-2 durante la visita de vacunación.
 - B. Trabajadores de la salud y socorristas: vacunar

¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 2 semanas?

- Dada la falta de datos sobre la seguridad y eficacia de la vacuna Moderna COVID-19 administrada simultáneamente con otras vacunas, la serie de vacunas Moderna debe administrarse sola. La segunda dosis debe administrarse el día 28 a partir de la primera dosis.
- Esté atento a las vacunas de nuevos empleados y priorice la vacuna COVID por encima de otras.

¿Está enferma la persona que se va a vacunar hoy (aparte de los síntomas de COVID)?

- Aparte de los síntomas de COVID, evalúe como lo haría normalmente para las vacunas (afebril, etc.)
- El proveedor debe evaluar la situación y firmar

¿La persona que se va a vacunar es alérgica a algún componente de la vacuna?

(lípidos, cloruro de potasio, fosfato de potasio monobásico, cloruro de sodio, fosfato de sodio dibásico dihidrato y sacarosa)

¿La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez una reacción grave a una vacuna en el pasado? (urticaria, picazón, dificultad para respirar)

- **No vacunar en este momento, según ACIP**

¿La persona que se va a vacunar ALGUNA VEZ ha tenido anafilaxia a un agente NO inyectable?

- En caso afirmativo, debe observarse durante 30 minutos después de la dosis frente a los 15 minutos.
- Si fue un inyectable (vacuna, medicamento) - NO VACUNAR

¿La persona a vacunar está embarazada o amamantando?

- Las recomendaciones del ACOG son vacunar a las pacientes embarazadas.
- No hay datos actuales para su uso durante la lactancia, esto debe discutirse con un proveedor.

Referencia:

<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm695152e1.htm>

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations-process.html>

**HOJA INFORMATIVA PARA RECEPTORES Y CUIDADORES
SOBRE LAS VACUNAS SPIKEVAX (VACUNA DE ARNm CONTRA EL COVID-19)
Y LA VACUNA CONTRA EL COVID-19 DE MODERNA PARA PREVENIR LA
ENFERMEDAD DEL CORONAVIRUS 2019 (COVID-19) EN PERSONAS DE
18 AÑOS Y MAYORES**

Se le está ofreciendo SPIKEVAX (vacuna de ARNm contra el COVID-19) o la vacuna contra el COVID-19 de Moderna para prevenir la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) causada por el SARS-CoV-2.

Esta hoja informativa sobre las vacunas para receptores y cuidadores incluye la hoja informativa de la vacuna autorizada contra el COVID-19 de Moderna y también incluye información sobre la vacuna autorizada por la FDA, SPIKEVAX (vacuna de ARNm contra el COVID-19) para su uso en personas de 18 años o mayores.

La vacuna SPIKEVAX (vacuna de ARNm contra el COVID-19) aprobada por la FDA y la vacuna contra el COVID-19 de Moderna autorizada para uso de emergencia (EUA, por sus siglas en inglés) para personas de 18 años de edad y mayores, pueden usarse indistintamente.¹

SPIKEVAX (vacuna de ARNm contra el COVID-19) es una vacuna contra el COVID-19 aprobada por la FDA y fabricada por ModernaTX, Inc. Está aprobada como una serie de dos dosis para la prevención del COVID-19 en personas de 18 años o mayores. También está autorizada bajo una EUA para proporcionar:

- una tercera dosis de la serie primaria a personas de 18 años o mayores que se haya determinado que tienen ciertos tipos de compromiso inmunitario;
- una única dosis de refuerzo a personas de 18 años o mayores que hayan completado una serie primaria con la vacuna contra el COVID-19 de Moderna o SPIKEVAX (vacuna de ARNm contra el COVID-19); y
- una única dosis de refuerzo a personas de 18 años y mayores que hayan completado la vacunación primaria con otra vacuna contra el COVID-19 autorizada o aprobada. El esquema de refuerzo se basa en la información de la etiqueta de la vacuna utilizada para la serie primaria.

La vacuna contra el COVID-19 de Moderna ha recibido una EUA de la FDA para proporcionar:

- una serie primaria de dos dosis a personas de 18 años o mayores;
- una tercera dosis de la serie primaria a personas de 18 años o mayores a las que se ha determinado que tienen ciertos tipos de compromiso inmunitario; y
- una única dosis de refuerzo a las personas de 18 años o mayores que hayan completado una serie primaria con la vacuna contra el COVID-19 de Moderna o SPIKEVAX (vacuna de ARNm contra el COVID-19); y
- una única dosis de refuerzo a determinadas personas de 18 años o mayores que hayan completado la vacunación primaria con otra vacuna contra el COVID-19 autorizada o aprobada. El esquema de refuerzo se basa en la información de la etiqueta de la vacuna utilizada para la serie primaria.

¹ La vacuna SPIKEVAX (vacuna de ARNm contra el COVID-19) aprobada por la FDA y la vacuna contra el COVID-19 de Moderna autorizada para uso de emergencia (EUA, por sus siglas en inglés) pueden usarse indistintamente sin presentar ningún problema de seguridad o eficacia.

Esta hoja informativa sobre las vacunas contiene información para ayudarle a entender los riesgos y beneficios de recibir SPIKEVAX (vacuna de ARNm contra el COVID-19) y la vacuna contra el COVID-19 de Moderna, que es posible que usted reciba porque actualmente existe una pandemia del COVID-19. Hable con el proveedor de la vacuna si tiene preguntas.

La vacuna contra el COVID-19 de Moderna y SPIKEVAX (vacuna de ARNm contra el COVID-19) puede que no protejan a todas las personas.

Esta hoja informativa puede haber sido actualizada. Para obtener la hoja informativa más reciente, visite www.modernatx.com/covid19vaccine-eua (en inglés).

LO QUÉ DEBE SABER ANTES DE RECIBIR ESTA VACUNA

¿QUÉ ES EL COVID-19?

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

¿CÓMO SE RELACIONA SPIKEVAX (VACUNA DE ARNm CONTRA EL COVID-19) CON LA VACUNA CONTRA EL COVID-19 DE MODERNA?

SPIKEVAX (vacuna de ARNm contra el COVID-19) puede utilizarse indistintamente.

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

¿QUÉ DEBE MENCIONARLE A SU PROVEEDOR DE VACUNAS ANTES DE RECIBIR LA VACUNA?

Informe al proveedor de la vacuna sobre todas sus condiciones médicas, incluyendo si usted:

- tiene alguna alergia
- ha tenido miocarditis (inflamación del músculo cardíaco) o pericarditis (inflamación del revestimiento exterior del corazón)
- tiene fiebre
- tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante
- está inmunocomprometido o está tomando un medicamento que afecta a su sistema inmunitario
- está embarazada o planea quedar embarazada
- está amamantando
- ha recibido otra vacuna contra el COVID-19
- se ha desmayado alguna vez en relación con una inyección

¿QUIÉN NO DEBE RECIBIR LA VACUNA?

Usted no debe recibir la vacuna si:

- tuvo una reacción alérgica grave después de una dosis anterior de esta vacuna
- tuvo una reacción alérgica grave a cualquier ingrediente de esta vacuna

¿CUÁLES SON LOS INGREDIENTES DE LA VACUNA?

La vacuna contra el COVID-19 de Moderna y SPIKEVAX (vacuna de ARNm contra el COVID-19) incluyen los siguientes ingredientes: ácido ribonucleico mensajero (ARNm), lípidos (SM-102, polietilenglicol [PEG] 2000 dimiristoilglicerol [DMG], colesterol y 1,2-distearoil-sn-glicero-3-fosfolina [DSPC]), trometamina, clorhidrato de trometamina, ácido acético, trihidrato de acetato de sodio y sacarosa.

¿CÓMO SE ADMINISTRA LA VACUNA?

La vacuna contra el COVID-19 de Moderna o SPIKEVAX (vacuna de ARNm contra el COVID-19) se le administrará en forma de inyección en el músculo.

Serie primaria: La vacuna se administra como una serie de 2 dosis, con un mes de diferencia. Puede administrarse una tercera dosis de la serie primaria al menos un mes después de la segunda dosis a las personas que se determine que están inmunocomprometidos.

Dosis de refuerzo:

- Puede administrarse una dosis única de refuerzo de la vacuna contra el COVID-19 de Moderna o SPIKEVAX (vacuna de ARNm contra el COVID-19) al menos 5 meses después de la finalización de una serie primaria a personas de 18 años y mayores.
- Puede administrarse una dosis única de refuerzo de la vacuna a personas de 18 años y mayores que hayan completado la vacunación primaria con otra vacuna contra el COVID-19 autorizada o aprobada. Por favor, consulte con su proveedor de atención médica sobre cuando debe administrarse la dosis de refuerzo.

¿SE HA USADO ANTES LA VACUNA?

Sí. En estudios clínicos, aproximadamente 15,400 personas de 18 años y mayores han recibido al menos una dosis de la vacuna. Los datos de estos estudios clínicos apoyaron la Autorización de Uso de Emergencia de la vacuna contra el COVID-19 de Moderna y la aprobación de SPIKEVAX (vacuna de ARNm contra el COVID-19). Millones de personas han recibido la vacuna bajo la EUA desde el 18 de diciembre de 2020.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE LA VACUNA?

La vacuna ha demostrado que previene el COVID-19. Actualmente se desconoce la duración de la protección contra el COVID-19.

¿CUÁLES SON LOS RIESGOS DE LA VACUNA?

Existe una remota posibilidad de que la vacuna pueda causar una reacción alérgica grave. Una reacción alérgica grave suele producirse entre unos minutos y una hora después de recibir una dosis de la vacuna. Por esta razón, su proveedor de vacunas puede pedirle que permanezca en el lugar donde recibió la vacuna para vigilarle después de la vacunación. Los signos de una reacción alérgica grave pueden incluir:

- Dificultad para respirar
- Hinchazón de la cara y la garganta
- Latidos rápidos del corazón

- Una fuerte erupción en todo el cuerpo
- Mareos y debilidad

En algunas personas que han recibido la vacuna se ha producido miocarditis (inflamación del músculo cardíaco) y pericarditis (inflamación del revestimiento exterior del corazón), más comúnmente en hombres menores de 40 años que en mujeres y hombres mayores. En la mayoría de estas personas, los síntomas comenzaron a los pocos días de recibir la segunda dosis de la vacuna. La probabilidad de que esto ocurra es muy baja. Debe buscar atención médica de inmediato si tiene alguno de los siguientes síntomas después de recibir la vacuna:

- Dolor en el pecho
- Falta de aliento
- Sensación de tener el corazón acelerado, agitado o palpitante

Los efectos secundarios que se han notificado en los estudios clínicos con la vacuna incluyen:

- Reacciones en el lugar de la inyección: dolor, sensibilidad e inflamación de los ganglios linfáticos en el mismo brazo de la inyección, hinchazón (dureza) y enrojecimiento
- Efectos secundarios generales: fatiga, dolor de cabeza, dolor muscular, dolor articular, escalofríos, náuseas y vómitos, fiebre y sarpullido

Los efectos secundarios que se han notificado durante el uso posterior a la autorización de la vacuna incluyen:

- Reacciones alérgicas graves
- Miocarditis (inflamación del músculo cardíaco)
- Pericarditis (inflamación del revestimiento exterior del corazón)
- Desmayos asociados a la inyección de la vacuna

Puede que estos no sean todos los efectos secundarios posibles de la vacuna. Pueden producirse efectos secundarios graves e inesperados. Los posibles efectos secundarios de la vacuna todavía se están estudiando en estudios clínicos.

¿QUÉ DEBO HACER CON RESPECTO A LOS EFECTOS SECUNDARIOS?

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

Llame al proveedor de la vacuna o a su proveedor de atención médica si tiene algún efecto secundario que le moleste o que no desaparezca.

Reporte los efectos secundarios de la vacuna al **Sistema de Reporte de Eventos Adversos de Vacunas de la FDA/los CDC (VAERS)**, por sus siglas en inglés). El número gratuito del VAERS es 1-800-822-7967 o envíe un reporte en línea a <https://vaers.hhs.gov/reporteventSpanish.html>. Por favor, incluya “SPIKEVAX (vacuna de ARNm contra el COVID-19) o EUA de la vacuna contra el COVID-19 de Moderna”, según el caso, en la primera línea del cuadro #18 del formulario de informe.

Además, puede reportar los efectos secundarios a ModernaTX, Inc. a 1-866-MODERNA (1-866-663-3762).

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 en la web para consultar con las personas que han sido vacunadas e identificar posibles efectos secundarios después

de la vacunación contra el COVID-19. **V-safe** hace preguntas que ayudan a los CDC a controlar la seguridad de las vacunas contra el COVID-19. **V-safe** también proporciona un seguimiento telefónico en vivo por parte de los CDC si los participantes informan de un impacto significativo en la salud después de la vacunación contra el COVID-19. Para obtener más información sobre cómo inscribirse, visite: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/safety/vsafe.html>.

¿QUÉ OCURRE SI DECIDO NO RECIBIR SPIKEVAX (VACUNA DE ARNm CONTRA EL COVID-19) O LA VACUNA CONTRA EL COVID-19 DE MODERNA?

Bajo la EUZ, es su decisión recibir o no recibir la vacuna. La atención médica estándar que recibe no cambiará si decide no recibirla.

¿HAY OTRAS OPCIONES DISPONIBLES PARA PREVENIR EL COVID-19 ADEMÁS DE SPIKEVAX (VACUNA DE ARNm CONTRA EL COVID-19) O LA VACUNA CONTRA EL COVID-19 DE MODERNA?

Otra opción para prevenir el COVID-19 es Comirnaty (vacuna de ARNm contra el COVID-19), una vacuna contra el COVID-19 aprobada por la FDA. Otras vacunas para prevenir el COVID-19 pueden estar disponibles bajo una autorización de uso de emergencia.

¿PUEDO RECIBIR SPIKEVAX (VACUNA DE ARNm CONTRA EL COVID-19) O LA VACUNA CONTRA EL COVID-19 DE MODERNA AL MISMO TIEMPO QUE OTRAS VACUNAS?

Todavía no se han presentado datos a la FDA sobre la administración de SPIKEVAX (vacuna de ARNm contra el COVID-19) o la vacuna contra el COVID-19 de Moderna al mismo tiempo que otras vacunas. Si está pensando en recibir SPIKEVAX (vacuna de ARNm contra el COVID-19) o la vacuna contra el COVID-19 de Moderna junto con otras vacunas, discuta sus opciones con su proveedor de atención médica.

¿QUÉ DEBO HACER SI ESTOY INMUNOCOMPROMETIDO?

Si está inmunocomprometido, puede recibir una tercera dosis de la serie primaria de la vacuna. Es posible que la tercera dosis no proporcione una inmunidad completa al COVID-19 en personas inmunocomprometidas, por lo que debe seguir manteniendo precauciones físicas para ayudar a prevenir el COVID-19. Además, sus contactos cercanos deben ser vacunados como corresponde.

¿QUÉ DEBO HACER SI ESTOY EMBARAZADA O AMAMANTANDO?

Si está embarazada o amamantando, discuta sus opciones con su proveedor de atención médica.

¿LA VACUNA ME DARÁ EL COVID-19?

No. La vacuna no contiene el SARS-CoV-2 y no puede darle el COVID-19.


CONSERVE SU TARJETA DE VACUNACIÓN

Cuando reciba su primera dosis, recibirá una tarjeta de vacunación que le indicará cuándo debe volver para recibir su segunda dosis de la vacuna. Acuérdesse de llevar la tarjeta cuando vuelva.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Si tiene preguntas, visite el sitio web o llame a los números de teléfono indicados a continuación.

Para acceder a las hojas informativas más recientes, escanee el código QR que aparece a continuación.

Sitio web de la vacuna contra el COVID-19 de Moderna	Número de teléfono
www.modernatx.com/covid19vaccine-eua (en inglés) 	1-866-MODERNA (1-866-663-3762)

¿CÓMO PUEDO APRENDER MÁS?

- Consulte con el proveedor de la vacuna
- Visite los CDC en <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html> (en inglés)
- Visite la FDA en <https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/mcm-legal-regulatory-and-policy-framework/emergency-use-authorization>
- Póngase en contacto con el departamento de salud pública local o estatal

¿DÓNDE SE REGISTRARÁ LA INFORMACIÓN DE MI VACUNACIÓN?

El proveedor de la vacuna puede incluir la información de su vacunación en el Sistema de Información de Inmunización (IIS, por sus siglas en inglés) de su estado o jurisdicción local u otro sistema designado. Esto garantizará que reciba la misma vacuna cuando vuelva para la segunda dosis. Para obtener más información sobre los IIS, visite: <https://www.cdc.gov/vaccines/programs/iis/about.html> (en inglés).

¿SE ME PUEDE COBRAR UNA CUOTA DE ADMINISTRACIÓN POR RECIBIR LA VACUNA CONTRA EL COVID-19?

No. En este momento, el proveedor no puede cobrarle por una dosis de la vacuna y no se le puede cobrar una tarifa de administración de la vacuna de su bolsillo ni ninguna otra tarifa si sólo recibe una vacuna contra el COVID-19. Sin embargo, los proveedores de vacunas pueden solicitar el reembolso correspondiente a un programa o plan que cubra los gastos de administración de la vacuna contra el COVID-19 para el receptor de la vacuna (seguro privado, Medicare, Medicaid, Programa COVID-19 de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés) para receptores no asegurados).

¿DÓNDE PUEDO DENUNCIAR CASOS DE SOSPECHA DE FRAUDE?

Se anima a las personas que tengan conocimiento de cualquier posible infracción de los requisitos del Programa de Vacunación contra el COVID-19 de los CDC a que lo denuncien a la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-800-HHS-TIPS o TIPS.HHS.GOV.

¿QUÉ ES EL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN POR LESIONES DE CONTRAMEDIDAS?

El Programa de compensación por lesiones de contramedidas (CICP, por sus siglas en inglés) es un programa federal que puede ayudar a pagar los costos de atención médica y otros gastos específicos de ciertas personas que han sido gravemente lesionadas por ciertos medicamentos o vacunas, incluyendo esta vacuna. Por lo general, se debe presentar una reclamación al CICP dentro de un (1) año a partir de la fecha de recibir la vacuna. Para obtener más información sobre este programa, visite www.hrsa.gov/cicp/ (en inglés) o llame al 1-855-266-2427.

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

Una autorización de uso de emergencia (EUA) es un mecanismo para facilitar la disponibilidad y el uso de productos médicos, incluidas las vacunas, durante las emergencias de salud pública, como la actual pandemia del COVID-19. La EUA está respaldada por una declaración del secretario de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) de que existen circunstancias que justifican el uso de emergencia de medicamentos y productos biológicos durante la pandemia del COVID-19.

La FDA puede emitir una EUA cuando se cumplen ciertos criterios, incluyendo que no hay alternativas adecuadas, aprobadas y disponibles. Además, la decisión de la FDA se basa en la totalidad de las pruebas científicas disponibles que demuestran que el producto puede ser eficaz para prevenir la pandemia del COVID-19 y que los beneficios conocidos y potenciales del producto superan los riesgos conocidos y potenciales del mismo. Todos estos criterios deben cumplirse para permitir que el producto se utilice en el tratamiento de pacientes durante la pandemia del COVID-19.

Esta EUA para la vacuna contra el COVID-19 de Moderna y SPIKEVAX (vacuna de ARNm contra el COVID-19) terminará cuando el secretario del HHS determine que las circunstancias que justifican la EUA ya no existen o cuando haya un cambio en el estado de aprobación del producto de tal manera que ya no sea necesaria una EUA.

Moderna US, Inc.
Cambridge, MA 02139

©2021 ModernaTX, Inc. All rights reserved.
Patente(s): www.modernatx.com/patents
Actualizado el 31 de enero de 2022



Escanee para indicar que esta hoja informativa se proporcionó al receptor de la vacuna para los sistemas electrónicos de registros médicos e información sobre inmunización.

GDTI:0886983000349

La FDA ofrece esta traducción como un servicio para un amplio público internacional. Esperamos que encuentre útil esta traducción. Mientras que la agencia ha tratado de obtener una traducción lo más fiel posible a la versión en inglés, reconocemos que la versión traducida podría no ser tan precisa, clara o completa como la versión en inglés. La versión oficial de este documento es la versión en inglés.



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

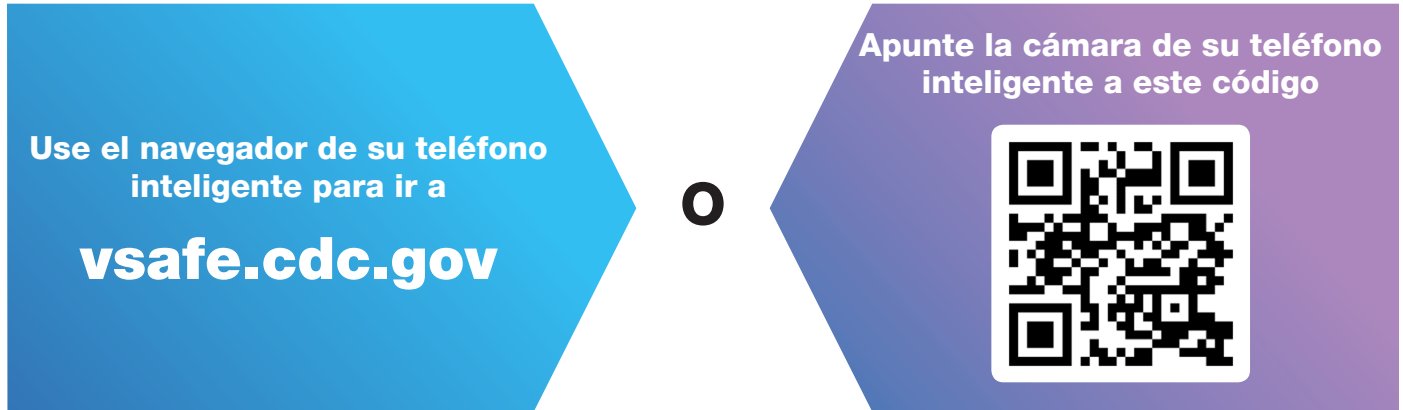


Cómo inscribirse y usar v-safe

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

