

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: _____

Consentimiento de un Adulto Autorizado para las Vacunas Contra el COVID-19

Favor de llenar este formulario para pacientes de 6 meses a 17 años de edad recibiendo la vacuna contra COVID-19.

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:	MRN:
----------------------	----------------------	------

Confirmación

Se me ha dado la oportunidad de revisar la Hoja Informativa de la vacuna contra el COVID-19 para receptores y proveedores de cuidado. Entiendo que puedo revisar esta información de las vacunas Pfizer-BioNTech, Moderna, o Novavax (solo para edades 12-17) en la clínica o en línea en <https://www.fda.gov> o usando el código QR a continuación.

Consentimiento de un Adulto Autorizado

Estoy autorizado/a a dar mi consentimiento para que el paciente nombrado reciba esta vacuna. Solicito que se le administre la vacuna al paciente mencionado. Entiendo que el paciente permanecerá en el lugar de vacunaciones entre 15 a 30 minutos después de recibir la vacuna para que sea monitoreado por efectos secundarios inmediatos y/o reacciones posibles relacionadas con la vacuna para recibir intervención médica si es necesario.

Nombre en imprenta del adulto autorizado

Relación / vínculo de la parte que da su consentimiento

Firma del adulto autorizado

Fecha

Consentimiento del Menor

Soy un menor legalmente emancipado, un menor casado con un adulto o se ha determinado que soy un menor maduro. Solicito recibir la vacuna. Entiendo que debo permanecer en el lugar de vacunaciones entre 15 a 30 minutos después de recibir la vacuna para ser monitoreado por posibles reacciones y efectos secundarios inmediatos relacionados con la vacuna y recibir intervención médica si es necesario.

Firma del menor emancipado /casado con un menor adulto /menor maduro

Fecha



Código QR para hojas informativas de la vacuna.

Preguntas y Consentimiento para la refuerzo Moderna contra el COVID 19

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que no debería recibir la REFUERZO 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.

Solicito que se me administre la refuerzo contra la COVID-19 de Moderna o a la persona nombrada a continuación cual yo estoy autorizado para realizar esta solicitud (seleccione uno): YO PERSONA ABAJO

Información del receptor de la vacuna:

Apellido _____ Nombre _____ Fecha De Nacimiento _____ Género _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Información de la persona autorizada (complete si es diferente a el receptor de la vacuna):

Apellido _____ Nombre _____ Fecha De Nacimiento _____ Género _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ CódigoPostal _____

Relación con el receptor de la vacuna: _____

La refuerzo es para (marque uno): Médico Contratista Empleado Voluntario Otro: _____

Empresa / Organización: _____

	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 6 meses 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 completar la primer serie de una vacuna COVID-19 autorizada antes que esta refuerzo.

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

Vacuna: Moderna REFUERZO 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: refuerzo (fecha del último o refuerzo: _____)

*** 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?

- La refuerzo Moderna puede administrarse el mismo tiempo de otras vacunas rutinas, incluso a la influenza.

¿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, Trometamina, Clorhidrato de Trometamina, Ácido acético, Acetato de Sodio, 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.

¿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 DE INFORMACIÓN PARA RECEPTORES Y
CUIDADORES SOBRE LA VACUNA BIVALENTE CONTRA
EL COVID-19 DE MODERNA
QUE CUENTA CON AUTORIZACIÓN DE USO DE EMERGENCIA (EUA)
PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD DEL CORONAVIRUS 2019
(COVID-19)**

Se le ofrece a usted y a su hijo la vacuna bivalente contra el COVID-19 de Moderna para prevenir la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19), que es causada por el virus SARS-CoV-2. Esta hoja contiene información para ayudarlo a comprender los riesgos y beneficios de la vacuna bivalente contra el COVID-19 de Moderna que usted o su hijo pueden recibir debido a la actual pandemia de COVID-19. Hable con su proveedor de vacunación si tiene alguna pregunta.

Es posible que esta hoja de información haya sido actualizada. Para obtener la hoja de información más reciente, consulte www.modernatx.com/covid19vaccine-eua.

La Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA, por sus siglas en inglés) emitió una Autorización de uso de emergencia (EUA, por sus siglas en inglés) para que la vacuna bivalente contra el COVID-19 de Moderna esté disponible durante la pandemia de COVID-19 (para obtener más detalles sobre una EUA, consulte “**¿Qué es una Autorización de uso de emergencia?**” al final de este documento). La vacuna bivalente contra el COVID-19 de Moderna no es una vacuna aprobada por la FDA en los Estados Unidos. Lea esta hoja de información para obtener información sobre la vacuna bivalente contra el COVID-19 de Moderna.

¿QUÉ ES EL COVID-19?

El COVID-19 es causado por un coronavirus llamado SARS-CoV-2. Usted puede contagiarse de COVID-19 a través del contacto cercano con otra persona infectada con el virus.

Es principalmente una enfermedad respiratoria que puede afectar a otros órganos. Las personas con COVID-19 han informado una gran variedad de síntomas, que van desde síntomas leves hasta enfermedades graves que conducen a la muerte. Los síntomas pueden aparecer de 2 a 14 días después de la exposición al virus. Los síntomas pueden incluir: fiebre o escalofríos; tos; dificultad para respirar; fatiga; dolores musculares o corporales; dolor de cabeza; nueva pérdida del gusto o del olfato; dolor de garganta; congestión nasal o moqueo; náuseas o vómitos; diarrea.

¿QUÉ ES LA VACUNA BIVALENTE CONTRA EL COVID-19 DE MODERNA?

La vacuna bivalente contra el COVID-19 de Moderna es una vacuna para uso en personas de 6 meses de edad y mayores para prevenir el COVID-19.¹ La FDA autorizó el uso de emergencia de la vacuna bivalente contra el COVID-19 de Moderna bajo una EUA.

Es posible que la vacuna bivalente contra el COVID-19 de Moderna no brinde protección a todas las personas.

¹ La vacuna bivalente contra el COVID-19 de Moderna codifica la proteína de la espícula del SARS-CoV-2 original y ómicron BA.4/BA.5 del SARS-CoV-2 .

¿QUÉ DEBE MENCIONARLE AL PROVEEDOR DE VACUNACIÓN ANTES DE QUE USTED O SU HIJO RECIBAN LA VACUNA BIVALENTE CONTRA EL COVID-19 DE MODERNA?

Informe al proveedor de vacunación sobre todas las afecciones médicas suyas o de su hijo, incluso si usted o su hijo:

- tiene alergias
- ha tenido miocarditis (inflamación del músculo del corazón) o pericarditis (inflamación del revestimiento exterior del corazón)
- tiene fiebre
- padece un trastorno hemorrágico o toma anticoagulantes
- está inmunodeprimido o toma un medicamento que afecta el sistema inmunitario suyo o el de su hijo
- está embarazada o planea quedar embarazada
- está en período de lactancia
- ha recibido otra vacuna contra el COVID-19
- alguna vez se ha desmayado debido a una inyección

¿CÓMO SE ADMINISTRA LA VACUNA ?

La vacuna bivalente contra el COVID-19 de Moderna se administra en el músculo.

Personas de 6 meses a 5 años de edad:

- **Personas no vacunadas:** se administran dos dosis de la vacuna bivalente contra el COVID-19 de Moderna. La segunda dosis se administra 1 mes después de la primera.
- **Personas que han recibido una dosis de la vacuna contra el COVID-19 de Moderna:²** se administra una dosis única de la vacuna bivalente contra el COVID-19 de Moderna 1 mes después de la dosis de la vacuna contra el COVID-19 de Moderna .
- **Personas que han recibido dos dosis de la vacuna contra el COVID-19 de Moderna:** se administra una dosis única de la vacuna bivalente contra el COVID-19 de Moderna al menos 2 meses después de la última dosis de la vacuna contra el COVID-19 de Moderna.

Personas de 6 años de edad y mayores:

- **Personas no vacunadas:** una dosis única de la vacuna bivalente contra el COVID-19 de Moderna.
- **Personas que han recibido una o más dosis de cualquier vacuna monovalente contra el COVID-19:³** se administra una dosis única de la vacuna bivalente contra el COVID-19 de Moderna al menos 2 meses después de cualquier vacuna monovalente contra el COVID-19.
- **Personas de 65 años de edad y mayores que hayan recibido una dosis de una vacuna bivalente contra el COVID-19:** se puede administrar una dosis de la vacuna bivalente contra el COVID-19 de Moderna al menos 4 meses después de la dosis de la vacuna bivalente contra el COVID-19.

² La vacuna monovalente contra el COVID-19 de Moderna codifica la proteína de la espícula solo del SARS-CoV-2 original.

³ Monovalente hace referencia a cualquier vacuna contra el COVID-19 que contenga o codifique la proteína de la espícula solo del SARS- CoV-2 original.

Personas inmunodeprimidas de 6 meses de edad y mayores:

- Para personas inmunodeprimidas de 6 meses a 5 años de edad que han recibido dos dosis (vacuna contra el COVID-19 de Moderna o vacuna bivalente contra el COVID-19 de Moderna), se puede administrar una sola dosis adicional de la vacuna bivalente contra el COVID-19 de Moderna al menos 1 mes después de la dosis más reciente de la vacuna bivalente contra el COVID-19 de Moderna; se pueden administrar dosis adicionales de la vacuna bivalente contra el COVID-19 de Moderna a discreción del proveedor de atención médica, teniendo en cuenta las circunstancias clínicas de la persona.
- Para personas inmunodeprimidas de 6 años de edad y mayores, se puede administrar una sola dosis adicional apropiada para la edad de la vacuna bivalente contra el COVID-19 de Moderna al menos 2 meses después de la dosis inicial de una vacuna bivalente contra el COVID-19; se pueden administrar dosis adicionales apropiadas para la edad de la vacuna bivalente contra el COVID-19 de Moderna a discreción del proveedor de atención médica, teniendo en cuenta las circunstancias clínicas de la persona.

¿QUIÉN NO DEBE RECIBIR LA VACUNA BIVALENTE CONTRA EL COVID-19 DE MODERNA?

Una persona no debe recibir la vacuna bivalente contra el COVID-19 de Moderna si tuvo:

- una reacción alérgica grave después de una dosis anterior de la vacuna contra el COVID-19 de Moderna⁴, de la vacuna bivalente contra el COVID-19 de Moderna o SPIKEVAX (vacuna de ARNm contra el COVID-19).⁵
- una reacción alérgica grave a cualquiera de los ingredientes de estas vacunas.

¿CUÁLES SON LOS INGREDIENTES DE ESTA VACUNA?

La vacuna bivalente contra el COVID-19 de Moderna contiene los siguientes ingredientes: ácido ribonucleico mensajero (ARNm), lípidos (SM-102, polietilenglicol [PEG] 2000 dimiristoil glicerol [DMG],

colesterol y 1,2-diestearoil-sn-glicero-3-fosfolina [DSPC]), trometamina, clorhidrato de trometamina, ácido acético, trihidrato de acetato de sodio y sacarosa.

¿SE HA UTILIZADO ESTA VACUNA ANTES?

Millones de personas de 6 meses de edad y mayores han recibido la vacuna bivalente contra el COVID-19 de Moderna (original y ómicron BA.4/BA.5) bajo la EUA.

Además, millones de personas de 6 meses de edad y mayores han recibido la vacuna monovalente contra el COVID-19 de Moderna bajo la EUA. En estudios clínicos, aproximadamente 5,000 personas de 6 meses a 5 años de edad, 4,000 personas de 6 años a 11 años de edad y 30,000 personas de 12 años de edad y mayores recibieron al menos 1 dosis de la vacuna contra el COVID-19 de Moderna.

La vacuna bivalente contra el COVID-19 de Moderna se fabrica de la misma manera que la vacuna contra el COVID-19 de Moderna, pero también contiene un componente ómicron para ayudar a prevenir el COVID-19 causado por la variante ómicron del SARS-CoV-2.

⁴La vacuna monovalente contra el COVID-19 de Moderna codifica la proteína de la espícula solo del SARS-CoV-2 original.

⁵ SPIKEVAX (vacuna de ARNm contra el COVID-19) es una vacuna contra el COVID-19 aprobada por la FDA y fabricada por ModernaTX, Inc. SPIKEVAX codifica la proteína de la espícula solo del SARS-CoV-2 original.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE LA VACUNA BIVALENTE CONTRA EL COVID-19 DE MODERNA?

La FDA ha autorizado la vacuna bivalente contra el COVID-19 de Moderna para brindar protección contra el COVID- 19.

La duración de la protección contra el COVID-19 se desconoce en la actualidad.

¿CUÁLES SON LOS RIESGOS DE LA VACUNA BIVALENTE CONTRA EL COVID-19 DE MODERNA?

Existe una posibilidad remota de que la vacuna pueda causar una reacción alérgica grave. Una reacción alérgica grave generalmente ocurriría entre unos minutos y una hora después de recibir una dosis. Por esta razón, el proveedor de vacunación puede pedirle a usted o a su hijo que se quede en el lugar donde usted o su hijo recibieron la vacuna para realizar un seguimiento después de la vacunación. Los signos de una reacción alérgica grave pueden incluir:

- dificultad al respirar
- hinchazón de la cara y garganta
- latidos del corazón acelerados
- sarpullido grave en todo el cuerpo
- mareos y debilidad

Se han producido miocarditis (inflamación del músculo del corazón) y pericarditis (inflamación del revestimiento exterior del corazón) en algunas personas que recibieron la vacuna bivalente contra el COVID-19 de Moderna, la vacuna contra el COVID-19 de Moderna o SPIKEVAX, más comúnmente en hombres adultos menores de 40 años que en mujeres y hombres mayores. En la mayoría de estas personas, los síntomas comenzaron unos días después de la vacunación. La probabilidad de que esto ocurra es muy baja. Si usted o su hijo tienen alguno de los siguientes síntomas después de recibir la vacuna, debe buscar atención médica de inmediato:

- dolor en el pecho
- dificultad para respirar
- siente que tiene el corazón acelerado o que le palpita rápido

Otros síntomas que pueden presentarse, particularmente en niños, incluyen:

- desmayo
- irritabilidad inusual y persistente
- alimentación deficiente inusual y persistente
- fatiga inusual y persistente o falta de energía
- vómitos persistentes
- dolor persistente en el abdomen
- piel pálida, inusual y persistentemente fría

Los efectos secundarios que se informaron en estudios clínicos con la vacuna bivalente contra el COVID-19 de Moderna o la vacuna contra el COVID-19 de Moderna incluyen:

- Reacciones en el lugar de la inyección: dolor, sensibilidad e hinchazón de los ganglios linfáticos en el mismo brazo de la inyección o en la ingle, hinchazón (rigidez) y enrojecimiento
- Efectos secundarios generales: fatiga, dolor de cabeza, dolor muscular, dolor en las articulaciones, escalofríos, náuseas y vómitos, fiebre, sarpullido, irritabilidad o llanto,

somnolencia y pérdida del apetito

Los efectos secundarios que se informaron durante el uso posterior a la autorización incluyen:

- reacciones alérgicas graves
- urticaria (sarpullido con picazón)
- miocarditis (inflamación del músculo del corazón)
- pericarditis (inflamación del revestimiento exterior del corazón)
- desmayo asociado con la inyección de la vacuna

Es posible que estos no sean todos los posibles efectos secundarios. Pueden ocurrir efectos secundarios graves e inesperados. Los posibles efectos secundarios aún están en estudio.

¿QUÉ DEBO HACER ANTE LOS EFECTOS SECUNDARIOS?

Si usted o su hijo experimentan una reacción alérgica grave, llame al 9-1-1 o diríjase al hospital más cercano.

Llame al proveedor de vacunación o al proveedor de atención médica suyo o de su hijo si tienen algún efecto secundario que les moleste o que no desaparezca.

Informe los efectos secundarios de la vacuna al Sistema de Notificación de Reacciones Adversas a las Vacunas (VAERS, por sus siglas en inglés) de la FDA y los CDC. El número gratuito del VAERS es 1-800-822-7967 o envíe un reporte en línea a

<https://vaers.hhs.gov/reporteventspanish.html>. Incluya “EUA de la vacuna bivalente contra el COVID-19 de Moderna” en la primera línea del cuadro n.º 18 del formulario de informe.

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

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

¿QUÉ PASA SI DECIDO NO RECIBIR O QUE MI HIJO NO RECIBA LA VACUNA BIVALENTE CONTRA EL COVID-19 DE MODERNA?

Bajo la EUA, existe la opción de aceptar o rechazar esta vacuna. Si decide que usted o su hijo no recibirán la vacuna, esto no afectará la atención médica estándar que reciben.

¿EXISTEN OTRAS VACUNAS PARA PREVENIR EL COVID-19 ADEMÁS DE LA VACUNA BIVALENTE CONTRA EL COVID-19 DE MODERNA?

Otras vacunas para prevenir el COVID-19 pueden estar disponibles bajo una EUA, incluidas las vacunas bivalentes que contienen un componente ómicron del SARS-CoV-2. SPIKEVAX (vacuna de ARNm contra el COVID-19) y COMIRNATY (vacuna de ARNm contra el COVID-19) son vacunas monovalentes contra el COVID-19 aprobadas por la FDA.

¿MI HIJO O YO PODEMOS RECIBIR LA VACUNA BIVALENTE CONTRA EL COVID-19 DE MODERNA AL MISMO TIEMPO QUE OTRAS VACUNAS?

Todavía no se han enviado datos a la FDA sobre la administración de la vacuna bivalente contra el COVID-19 de Moderna al mismo tiempo que otras vacunas. Si está considerando recibir o que su hijo reciba la vacuna bivalente contra el COVID-19 de Moderna con otras vacunas, analice sus opciones con el proveedor de atención médica suyo o de su hijo .

¿QUÉ PASA SI MI HIJO O YO SOMOS INMUNODEPRIMIDOS?

Las personas inmunodeprimidas de 6 meses de edad y mayores pueden recibir una o más dosis adicionales de la vacuna bivalente contra el COVID-19 de Moderna (vea **¿CÓMO SE ADMINISTRA LA VACUNA?** arriba).

Es posible que las vacunas no brinden inmunidad total al COVID-19 en personas inmunodeprimidas; por lo tanto, usted o su hijo deben continuar manteniendo las precauciones físicas para prevenir el COVID-19. Sus contactos cercanos deben vacunarse según corresponda.

¿QUÉ OCURRE CON EL EMBARAZO O LA LACTANCIA?

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

¿ESTA VACUNA ME TRANSMITIRÁ EL COVID-19 A MÍ Y A MI HIJO?

No. Estas vacunas no contienen SARS-CoV-2 y no pueden transmitirle el COVID-19 ni a usted ni a su hijo.

GUARDE LA TARJETA DE VACUNACIÓN


Cuando usted o su hijo reciban la primera vacuna contra el COVID-19, recibirán una tarjeta de vacunación. Recuerde llevar la tarjeta si recibe dosis adicionales.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Si tiene alguna pregunta, visite el sitio web o llame al número de teléfono que se

proporciona a continuación. Para acceder a las hojas de información más recientes,

escanee el código QR que se proporciona a continuación.

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

¿CÓMO PUEDO OBTENER MÁS INFORMACIÓN?

- Pregúntele al proveedor de vacunación
- Visite los CDC en <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>
- Visite la FDA en <https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/mcm-legal->

[regulatory-and-policy-framework/autorizacion-de-uso-de-emergencia](#)

- Comuníquese con el departamento de salud pública local o estatal

¿DÓNDE SE REGISTRARÁ LA INFORMACIÓN DE LA VACUNACIÓN ?

El proveedor de vacunación puede incluir su información de vacunación o la de su hijo en el Sistema de Información de Inmunización (IIS, por sus siglas en inglés) de su estado/jurisdicción local u otro sistema designado. Para obtener más información sobre los IIS, visite:

<https://www.cdc.gov/vaccines/programs/iis/about.html>.

¿ME PUEDEN COBRAR UNA TARIFA POR LA ADMINISTRACIÓN DE ESTA VACUNA CONTRA EL COVID-19?

No. En este momento, el proveedor no puede cobrarle la dosis de una vacuna y no se le puede cobrar una tarifa en efectivo por la administración de la vacuna ni ningún otro tipo de tarifa si solo recibe una vacuna contra el COVID-19. Sin embargo, los proveedores de vacunación pueden buscar el reembolso apropiado de un programa o plan que cubra las tarifas de administración de la vacuna contra el COVID-19 para el receptor de la vacuna (seguro privado, Medicare, Medicaid, Programa de COVID-19 para Personas No Aseguradas de la Administración de Recursos y Servicios de Salud [HRSA, por sus siglas en inglés] para receptores sin seguro).

¿DÓNDE PUEDO DENUNCIAR CASOS DE SOSPECHA DE FRAUDE?

Se anima a las personas que se den cuenta de cualquier posible infracción de los requisitos del Programa de vacunación contra el COVID-19 de los CDC a que las informen a la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., al 1-800-HHS-TIPS o TIPS.HHS.GOV.

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

El Programa de Compensación por Lesiones Causadas por 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 resultado gravemente lesionadas por ciertos medicamentos o vacunas, incluida esta vacuna. Por lo general, se tiene que presentar un reclamo ante el CICP en el plazo de un (1) año a partir de la fecha de recepción de la vacuna. Para obtener más información sobre 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 ha hecho posible que la vacuna bivalente contra el COVID-19 de Moderna esté disponible bajo un mecanismo de acceso de emergencia llamado EUA. Una EUA está respaldada por una declaración del Secretario de Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) de que existen circunstancias para justificar el uso de emergencia de medicamentos y productos biológicos durante la pandemia del COVID-19. Un producto autorizado para uso de emergencia no ha pasado por el mismo tipo de revisión por parte de la FDA que un producto aprobado por la FDA.

La FDA puede emitir una EUA cuando se cumplen ciertos criterios, que incluyen que no hay alternativas adecuadas, 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 el COVID-19 durante la pandemia de COVID-19 y que los beneficios conocidos y potenciales del producto superan los riesgos conocidos y potenciales de este. Todos estos criterios tienen que cumplirse para permitir que el producto se use bajo una EUA durante la

pandemia de COVID-19.

La EUA está vigente durante la declaración de la EUA del COVID-19 que justifica el uso de emergencia de este producto, a menos que se rescinda o revoque (después de lo cual el producto ya no se puede usar).

Moderna US, Inc.
Princeton, NJ 08540

©2023 ModernaTX, Inc. Reservados todos los
derechos. Patentes:
www.modernatx.com/patents Revisado:
17/abr/2023



Escanee para rastrear si esta hoja de información se
proporcionó al receptor de la vacuna para los sistemas de
información de registros médicos electrónicos/inmunización.

GDTI: 0886983000592



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.*



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



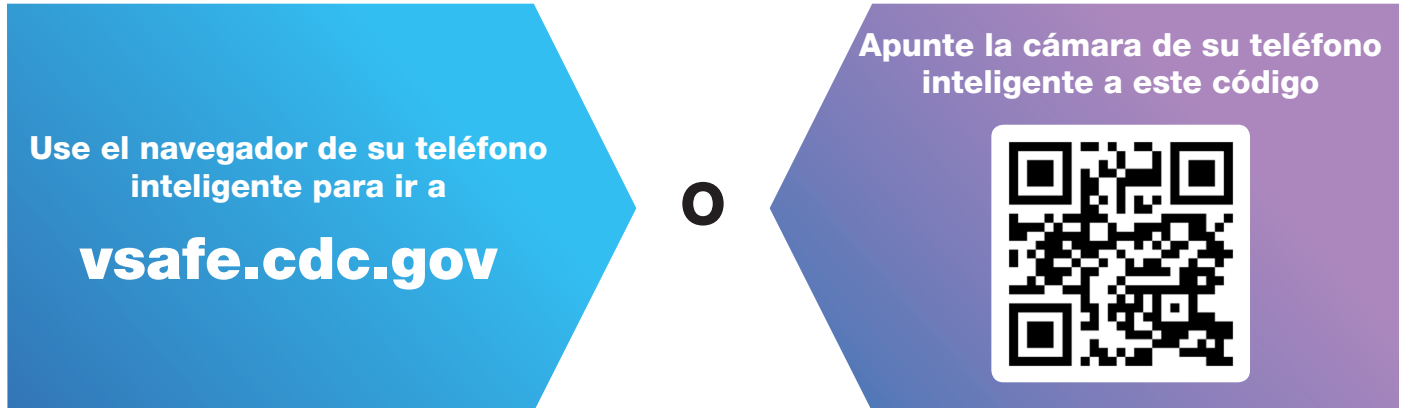
*Hasta el punto en que **v-safe** usa los sistemas de información existentes manejados por los CDC, la FDA y otras agencias federales, los sistemas emplean estrictas medidas de seguridad adecuadas para el nivel de sensibilidad de los datos.

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

