

Registro para la vacuna contra el COVID

Complete este formulario en su totalidad. Esta información es necesaria para recibir una vacuna.

| | | | |
|--|----------------|---|-----------------------|
| Nombre Legal en ID (Apellido, Nombre) | | Fecha De Nacimiento (mes/día/año) | |
| Dirección: | Cuidad: | 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: | |
| 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 | | Veterano/a <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| | | 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 debe recopilar información sobre los ingresos de todas las personas que reciben una vacuna. Por favor haga un círculo en la categoría que le corresponda. Debe proporcionar esta información para recibir una vacuna.

| Family Size | Income Level | | | | | |
|---|--------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| 1 | 0 - \$12,880 | \$12,881-\$16,100 | \$16,101-\$19,320 | \$19,321-\$22,540 | \$22,541-\$25,760 | \$25,761+ |
| 2 | 0 - \$17,420 | \$17,421-\$21,775 | \$21,776-\$26,130 | \$26,131-\$30,485 | \$30,486-\$34,840 | \$34,841+ |
| 3 | 0 - \$21,960 | \$21,961-\$27,450 | \$27,451-\$32,940 | \$32,941-\$38,430 | \$38,431-\$43,920 | \$43,921+ |
| 4 | 0 - \$26,500 | \$26,501-\$33,125 | \$33,126-\$39,750 | \$39,751-\$46,375 | \$46,376-\$53,000 | \$53,001+ |
| 5 | 0 - \$31,040 | \$31,041-\$38,800 | \$38,801-\$46,560 | \$46,561-\$54,320 | \$54,321-\$62,800 | \$62,801+ |
| 6 | 0 - \$35,580 | \$35,581-\$44,475 | \$44,476-\$53,370 | \$53,371-\$62,265 | \$62,266-\$71,160 | \$71,161+ |
| 7 | 0 - \$40,120 | \$40,121-\$50,150 | \$50,151-\$60,180 | \$60,181-\$70,210 | \$70,211-\$80,240 | \$80,241+ |
| 8 | 0 - \$44,660 | \$44,661-\$55,825 | \$55,826-\$66,990 | \$66,991-\$78,155 | \$78,156-\$89,320 | \$89,321+ |
| 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
AUTORIZACIÓN DE USO DE EMERGENCIA (EUA) DE
LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA 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 Moderna 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 la vacuna contra la COVID-19 de Moderna, que usted puede recibir debido a la actual pandemia de COVID-19.

La vacuna contra la COVID-19 de Moderna es una vacuna y podría prevenir el contagio de COVID-19.

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

La vacuna contra la COVID-19 de Moderna se administra en una serie de 2 dosis, con 1 mes de diferencia, en el músculo.

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

Esta hoja informativa puede haberse actualizado. Para obtener la hoja informativa más reciente, visite www.modernatx.com/covid19vaccine-eua.

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 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 MODERNA?

La vacuna contra la COVID-19 de Moderna es una vacuna no aprobada que puede prevenir la COVID-19.

La FDA ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna contra la COVID-19 de Moderna para prevenir la COVID-19 en personas de 18 años en adelante en virtud de una autorización de uso de emergencia (emergency use authorization, 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 MODERNA?

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

- tiene alguna alergia;
- ha tenido miocarditis (inflamación del músculo del corazón) o pericarditis (inflamación del revestimiento exterior del corazón);
- 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 MODERNA?

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

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

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

- tuvo una reacción alérgica grave después de una dosis anterior de esta vacuna;
- tuvo una reacción alérgica grave a cualquier componente de esta vacuna.

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

La vacuna contra la COVID-19 de Moderna contiene los siguientes componentes: 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, acetato de sodio trihidratado y sacarosa.

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

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

La vacuna contra la COVID-19 de Moderna consiste en una serie de 2 dosis administradas con 1 mes de diferencia.

Si recibe una dosis de la vacuna contra la COVID-19 de Moderna, debe recibir una segunda dosis de la misma vacuna 1 mes después para completar la serie de vacunación.

Si está inmunodeprimido, puede recibir una tercera dosis de la vacuna contra el COVID-19 Moderna al menos 1 mes después de la segunda dosis.

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

La vacuna contra la COVID-19 de Moderna es una vacuna no aprobada. En ensayos clínicos, aproximadamente 15,400 personas de 18 años en adelante han recibido al menos 1 dosis de la vacuna contra la COVID-19 de Moderna.

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

En un ensayo clínico en curso, se ha demostrado que la vacuna contra la COVID-19 de Moderna previene la COVID-19 después de 2 dosis administradas con 1 mes de diferencia. Actualmente, se desconoce la duración de la protección contra la COVID-19.

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

Existe una posibilidad remota de que la vacuna contra la COVID-19 de Moderna 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 Moderna. 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:

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

Algunas personas que han recibido la vacuna contra la COVID-19 de Moderna presentaron miocarditis (inflamación del músculo del corazón) y pericarditis (inflamación del revestimiento exterior del corazón). En la mayoría de estas personas, los síntomas comenzaron unos días después de recibir la segunda dosis de la vacuna contra la COVID-19 de Moderna. La probabilidad de que esto ocurra es muy baja. Debe buscar atención médica inmediatamente si tiene alguno de los siguientes síntomas después de recibir la vacuna contra la COVID-19 de Moderna.:

- Dolor torácico
- Falta de aliento
- Sensación de aceleración, agitación o palpitación del corazón

Los efectos secundarios que se han notificado en un ensayo clínico con respecto a la vacuna contra la COVID-19 de Moderna incluyen los siguientes:

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

Los efectos secundarios que se han notificado durante el uso posterior a la autorización con respecto a la vacuna contra la COVID-19 de Moderna incluyen los siguientes:

- Reacciones alérgicas graves
- Miocarditis (inflamación del músculo del corazón)
- Pericarditis (inflamación del revestimiento exterior del corazón)

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

¿QUÉ DEBO HACER SI TENGO EFECTOS SECUNDARIOS?

Si experimenta 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 FDA y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC)**. El número gratuito del VAERS es 1-800-822-7967. También puede notificarlos en línea en <https://vaers.hhs.gov/reportevent.html>. Incluya “Moderna COVID-19 Vaccine EUA” (EUA de la vacuna contra la COVID-19 de Moderna) en la primera línea de la casilla número 18 del formulario de notificación.

Además, puede notificar efectos secundarios a ModernaTX, Inc. llamando al 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 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 monitorear la seguridad de las vacunas contra la COVID-19. **V-safe** también proporciona recordatorios de la segunda dosis si es necesario y 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 MODERNA?

Recibir o no la vacuna contra la COVID-19 de Moderna 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 MODERNA?

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

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

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

¿QUÉ PASA SI SOY UNA PERSONA INMUNODEPRIMIDA?

Si es una persona inmunodeprimida, puede recibir una tercera dosis de la vacuna contra el COVID-19 de Moderna. Es posible que la tercera dosis aún no proporcione inmunidad total al COVID-19 en personas inmunodeprimidas, y debe seguir tomando precauciones físicas para ayudar a prevenir el COVID-19. Además, sus contactos cercanos deben vacunarse según corresponda.

¿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 MODERNA ME HARÁ CONTRAER COVID-19?

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


CONSERVE SU TARJETA DE VACUNACIÓN

Cuando reciba su primera dosis, se le proporcionará una tarjeta de vacunación que indicará cuándo debe regresar para su segunda dosis de la vacuna contra la COVID-19 de Moderna. Recuerde traer su tarjeta cuando regrese.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Si tiene preguntas, visite el sitio web o llame al número de teléfono que se indica a continuación.

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

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

¿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. Esto garantizará que reciba la misma vacuna cuando

regrese para la segunda dosis. Para obtener más información sobre el 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 de su bolsillo ni ningún otro cargo si solo recibe la vacunación contra la COVID-19. Sin embargo, los proveedores de vacunación pueden solicitar el reembolso correspondiente por parte de 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 de COVID-19 para personas no aseguradas de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA) para receptores que no tienen seguro).

¿DÓNDE PUEDO NOTIFICAR LOS CASOS DE SOSPECHA DE FRAUDE?

Se alienta a las personas que tengan conocimiento de cualquier posible infracción de los requisitos del Programa de vacunación contra la COVID-19 de los CDC a notificarlos a la Oficina del Inspector General, 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 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 Moderna esté disponible en virtud de un mecanismo de acceso de emergencia denominado 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 Moderna 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 Moderna estará en vigor durante la vigencia de la declaración de la EUA para 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).

Moderna US, Inc.
Cambridge, MA 02139

©2021 ModernaTX, Inc. Todos los derechos reservados.
Patente(s): www.modernatx.com/patents
Revisado: Jun/24/2021



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: 04/2021

Revisado: Aug/27/2021

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

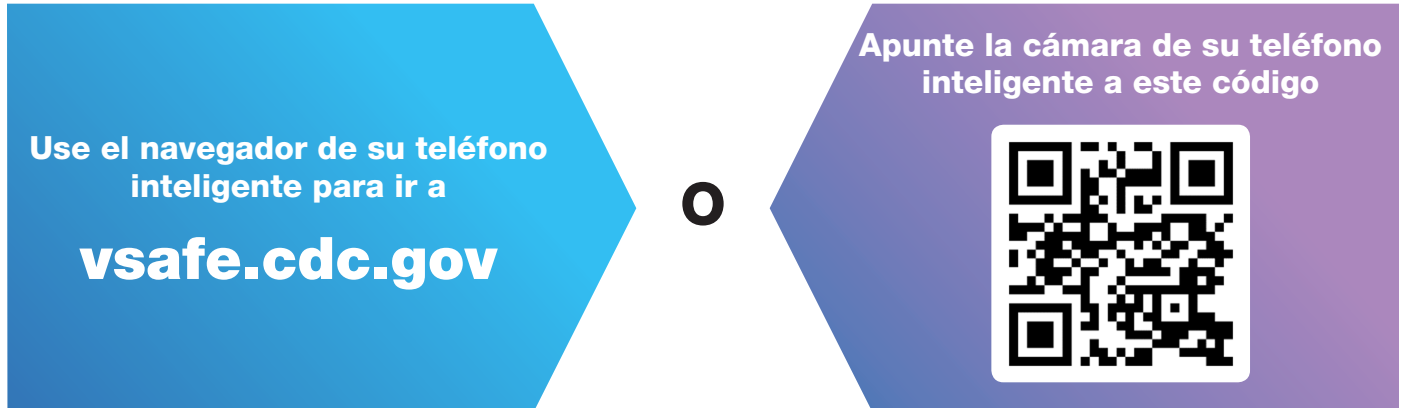


Cómo inscribirse y usar v-safe

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

