

## Registro para la vacuna contra el COVID

### Complete este formulario en su totalidad.

<b>Nombre Legal en ID (Apellido, Nombre)</b>		<b>Fecha De Nacimiento (mes/día/año)</b>	
<b>Dirección:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código Postal:</b>
<b>Número de Teléfono:</b>		<b>Contacto de Emergencia:</b>	
<b>Correo Electrónico:</b>		Nombre:	
<b>Estado Civil:</b>		Relación:	Teléfono:
<b>Raza: (Se puede seleccionar una o más categorías)</b> <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		<b>Sexo que se Identifica:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Trans M/F <input type="checkbox"/> No Binario <input type="checkbox"/> Otro	
<b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> No Latino		<b>Idioma Preferido:</b>  <b>Veterano/a</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<b>Origen Hispano:</b> <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		<b>Sin Hogar</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		<b>Trabajador/a agrícola</b> <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 <b>NO</b> 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:					
<b>TOTAL</b>					<b>\$0.00</b>	

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.

## Examen y consentimiento para la vacuna de Novavax contra el COVID-19 12 AÑOS Y MAYORES

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

	Si	No	No lo se
1. ¿Está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene alergias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿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"/>
4. ¿Alguna vez ha tenido anafilaxia (grave, potencialmente mortal reacción alérgica), NO relacionada con una inyección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. SOLO PARA MUJERES: ¿Podría estar embarazada o amamantando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N/A

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

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

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

Vacuna: VACUNA CONTRA EL COVID-19 DE NOVAVAX  Acepto la vacunación  Rechazo la vacunación

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

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

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

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

MEDICAL PROVIDER/PHARMACIST SIGNATURE \_\_\_\_\_

VACCINE NAME \_\_\_\_\_ LOT # \_\_\_\_\_ EXP DATE \_\_\_\_\_ INITIALS \_\_\_\_\_

COVID screening question follow up:

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

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

Does the person to be vaccinated have any allergies?

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

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

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

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

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

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

Reference:

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

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

# HOJA INFORMATIVA PARA RECEPTORES Y CUIDADORES

## AUTORIZACIÓN DE USO DE EMERGENCIA (EUA) DE LA VACUNA CONTRA EL COVID-19 DE NOVAVAX CON ADYUVANTE PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD DEL CORONAVIRUS 2019 (COVID-19)

Se le está ofreciendo la vacuna contra el COVID-19 de Novavax con adyuvante para prevenir la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) causada por el coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo 2 (SARS-CoV-2).

La vacuna contra el COVID-19 de Novavax con adyuvante ha recibido una Autorización de Uso de Emergencia (EUA, por sus siglas en inglés) de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA, por sus siglas en inglés) para proporcionar:

- un esquema principal de vacunación de dos dosis a personas de 12 años y mayores.
- una primera dosis de refuerzo a las siguientes personas por lo menos 6 meses después de completar el esquema principal de vacunación con una vacuna contra el COVID-19 autorizada o aprobada:
  - personas de 18 años y mayores para quienes una vacuna de refuerzo contra el COVID-19 bivalente de ARNm autorizada por la FDA no es accesible o clínicamente apropiada,
  - personas de 18 años y mayores que decidan recibir la vacuna contra el COVID-19 de Novavax con adyuvante porque de otro modo no recibirían una dosis de refuerzo de una vacuna contra el COVID-19.

Esta hoja informativa contiene información para ayudarle a entender los riesgos y beneficios de la vacuna contra el COVID-19 de Novavax con adyuvante, que puede recibir porque actualmente existe una pandemia de COVID-19. Si tiene preguntas, hable con su proveedor de vacunas.

La vacuna contra el COVID-19 de Novavax con adyuvante puede no proteger a todas las personas.

Esta hoja informativa puede haber sido actualizada. Para consultar la hoja informativa más reciente, visite <http://www.NovavaxCovidVaccine.com>.

### LO QUE DEBE SABER ANTES DE RECIBIR ESTA VACUNA

#### ¿QUÉ ES EL COVID-19?

El COVID-19 es causado por un coronavirus llamado SARS-CoV-2. Este tipo de coronavirus no se ha visto antes. Se puede contraer COVID-19 a través del contacto con otra persona que tenga el virus. Es una enfermedad predominantemente respiratoria que puede afectar a otros órganos.

---

<sup>1</sup> Las vacunas bivalentes contra el COVID-19 autorizadas codifican la proteína de pico del SARS-CoV-2 original y del SARS-CoV-2 Ómicron BA.4/BA.5.

Las personas con COVID-19 han tenido una amplia gama de síntomas reportados, 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; dificultad para respirar; fatiga; dolores musculares o corporales; dolor de cabeza; nueva pérdida del gusto o del olfato; dolor de garganta; congestión o secreción nasal; náuseas o vómitos; diarrea.

### **¿QUÉ ES LA VACUNA CONTRA EL COVID-19 DE NOVAVAX CON ADYUVANTE?**

La vacuna contra el COVID-19 de Novavax con adyuvante es una vacuna no aprobada que puede prevenir el COVID-19. La vacuna contra el COVID-19 de Novavax con adyuvante es una vacuna monovalente que contiene la proteína de pico del SARS-CoV-2 original.

La FDA ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna contra el COVID-19 de Novavax con adyuvante como un esquema principal de vacunación para prevenir el COVID-19 en personas de 12 años y mayores bajo la EUA. La autorización de la dosis de refuerzo para personas de 18 años y mayores sólo se aplica a quienes una vacuna de refuerzo contra el COVID-19 bivalente de ARNm autorizada por la FDA no es accesible o clínicamente apropiada, y a quienes eligen recibir la vacuna contra el COVID-19 de Novavax con adyuvante porque de otro modo no recibirían una dosis de refuerzo de una vacuna contra el COVID-19.

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 DEBE MENCIONARLE A SU PROVEEDOR DE VACUNAS ANTES DE RECIBIR LA VACUNA CONTRA EL COVID-19 DE NOVAVAX CON ADYUVANTE?**

Informe a su proveedor de vacunas sobre todas sus condiciones médicas, incluyendo si usted:

- tiene alguna alergia
- han 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 CONTRA EL COVID-19 DE NOVAVAX CON ADYUVANTE?**

Usted no debe recibir la vacuna contra el COVID-19 de Novavax con adyuvante si:

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



## **¿CUÁLES SON LOS INGREDIENTES DE LA VACUNA CONTRA EL COVID-19 DE NOVAVAX CON ADYUVANTE?**

La vacuna contra el COVID-19 de Novavax con adyuvante, contiene una forma recombinante de la proteína de pico del SARS-CoV-2 producida a partir de células de insecto Sf9 (gusano de la armada) infectadas con baculovirus y adyuvante Matrix-M™ que contiene saponinas derivadas del árbol de la corteza de jabón (*Quillaja saponaria* Molina). Otros ingredientes incluyen colesterol, fosfatidilcolina, dihidrógeno fosfato de potasio, cloruro de potasio, hidrógeno fosfato disódico dihidratado, cloruro de sodio, hidrógeno fosfato disódico heptahidratado, dihidrógeno fosfato de sodio monohidratado, polisorbato 80 y agua para la inyección. La vacuna también puede contener pequeñas cantidades de baculovirus, y proteínas y DNA de células de insectos.

## **¿CÓMO SE ADMINISTRA LA VACUNA CONTRA EL COVID-19 DE NOVAVAX CON ADYUVANTE?**

La vacuna contra el COVID-19 de Novavax con adyuvante se le administrará en forma de inyección en el músculo.

Esquema principal de vacunación: La vacuna contra el COVID-19 de Novavax con adyuvante se administra en una serie de dos dosis, con un intervalo de 3 semanas.

Dosis de refuerzo: La vacuna contra el COVID-19 de Novavax con adyuvante puede administrarse como primera dosis de refuerzo por lo menos 6 meses después de completar el esquema principal de vacunación con una vacuna contra el COVID-19 autorizada o aprobada.

## **¿SE HA UTILIZADO ANTES LA VACUNA CONTRA EL COVID-19 DE NOVAVAX CON ADYUVANTE?**

La vacuna contra el COVID-19 de Novavax con adyuvante es una vacuna no aprobada. En los ensayos clínicos, aproximadamente 28,000 personas de 12 años y mayores han recibido por lo menos una dosis de la vacuna contra el COVID-19 de Novavax con adyuvante.

## **¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE LA VACUNA CONTRA EL COVID-19 DE NOVAVAX CON ADYUVANTE?**

La vacuna contra el COVID-19 de Novavax con adyuvante 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 CONTRA EL COVID-19 DE NOVAVAX CON ADYUVANTE?**

Existe una remota posibilidad de que la vacuna contra el COVID-19 de Novavax con adyuvante 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 contra el COVID-19 de Novavax con adyuvante. 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 han producido miocarditis (inflamación del músculo cardíaco) y pericarditis (inflamación del revestimiento exterior del corazón). En la mayoría de estas personas, los síntomas comenzaron durante los 10 días siguientes a la vacunación. 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
- Dificultad para respirar
- Sensación de tener el corazón acelerado, agitado o palpitante

Los efectos secundarios que se han notificado en los ensayos clínicos con la vacuna contra el COVID-19 de Novavax con adyuvante incluyen:

- Miocarditis (inflamación del músculo cardíaco)
- Pericarditis (inflamación del revestimiento exterior del corazón)
- Reacciones en el lugar de la inyección: dolor/sensibilidad, hinchazón, enrojecimiento y picor
- Efectos secundarios generales: fatiga o malestar general, dolor muscular, dolor de cabeza, dolor articular, vómitos, fiebre, escalofríos
- Reacciones alérgicas como urticaria e hinchazón de la cara
- Ganglios linfáticos inflamados

Los efectos secundarios que se han notificado en el uso posterior a la autorización con la vacuna contra el COVID-19 de Novavax con adyuvante incluyen:

- Reacciones alérgicas graves
- Miocarditis (inflamación del músculo cardíaco)
- Pericarditis (inflamación del revestimiento exterior del corazón)
- Parestesia (sensación inusual en la piel, como hormigueo o sensación de arrastre), hipoestesia (disminución del tacto o de la sensibilidad, especialmente en la piel)

Puede que estos no sean todos los posibles efectos secundarios de la vacuna contra el COVID-19 de Novavax con adyuvante. Pueden producirse efectos secundarios graves e inesperados. La vacuna contra el COVID-19 de Novavax con adyuvante sigue siendo estudiada en ensayos clínicos.

## **¿QUÉ DEBO HACER CON RESPECTO A LOS EFECTOS SECUNDARIOS?**

Si experimenta una reacción alérgica grave, llame al 9-1-1 o acuda 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 no desaparezca.

Reporte los efectos secundarios de la vacuna a la FDA y al **Sistema de Notificación de Efectos Adversos a las Vacunas (VAERS)** de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). El número de teléfono gratuito del VAERS es 1-800-822-7967, o envíe un reporte en línea a <https://vaers.hhs.gov/reportevent.html>. Por favor, incluya "Novavax COVID-19 Vaccine, Adjuvanted EUA" en la primera línea del cuadro #18 del formulario de informe.

Además, puede reportar los efectos secundarios a Novavax, Inc. a la información de contacto proporcionada a continuación.

Sitio web	Número de fax	Número de teléfono
<a href="http://www.NovavaxMedInfo.com">www.NovavaxMedInfo.com</a>	1-888-988-8809	1-844-NOVAVAX (1-844-668-2829)

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 en la web para contactar a las personas que han sido vacunadas sobre los posibles efectos secundarios que tuvieron tras 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 recordatorios de la segunda dosis si es necesario y un seguimiento telefónico en vivo por parte de los CDC si los participantes informan de un impacto significativo en la salud tras la vacunación contra el COVID-19. Para obtener más información sobre cómo inscribirse, visite: [www.cdc.gov/vsafe](http://www.cdc.gov/vsafe).

### **¿QUÉ OCURRE SI DECIDO NO RECIBIR LA VACUNA CONTRA EL COVID-19 DE NOVAVAX CON ADYUVANTE?**

De acuerdo con la EUA, usted puede elegir recibir o no recibir la vacuna contra el COVID-19 de Novavax con adyuvante. La atención médica estándar que recibe no cambiará si decide no ponerse la vacuna.

### **¿HAY OTRAS OPCIONES DISPONIBLES PARA PREVENIR EL COVID-19 ADEMÁS DE LA VACUNA CONTRA EL COVID-19 DE NOVAVAX CON ADYUVANTE?**

Para el esquema principal de vacunación, otras opciones para prevenir el COVID-19 incluyen las vacunas aprobadas por la FDA COMIRNATY (vacuna contra el COVID-19 de ARNm) para personas de 12 años y mayores y SPIKEVAX (vacuna contra el COVID-19 de ARNm), para personas de 18 años y mayores. Otras vacunas para prevenir el COVID-19 pueden estar disponibles bajo la EUA, incluyendo vacunas bivalentes que contienen un componente Ómicron del SARS-CoV-2.

### **¿PUEDO RECIBIR LA VACUNA CONTRA EL COVID-19 DE NOVAVAX CON ADYUVANTE AL MISMO TIEMPO QUE OTRAS VACUNAS?**

Todavía no se han presentado datos a la FDA sobre la administración de la vacuna contra el COVID-19 de Novavax con adyuvante al mismo tiempo que otras vacunas. Si está considerando recibir la vacuna contra el COVID-19 de Novavax con adyuvante con otras vacunas, discuta sus opciones con su proveedor de atención médica.

### **¿QUÉ DEBO HACER SI ESTOY EMBARAZADA O AMAMANTANDO?**

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

Existe un registro de exposición durante el embarazo que monitoriza los resultados del mismo en las mujeres expuestas a la vacuna contra el COVID-19 de Novavax con adyuvante durante el embarazo. Se anima a las mujeres vacunadas con la vacuna contra el COVID-19 de Novavax con

adyuvante durante el embarazo a inscribirse en el registro visitando <https://c-viper.pregistry.com/>.

## **¿LA VACUNA CONTRA EL COVID-19 DE NOVAVAX CON ADYUVANTE ME DARÁ COVID-19?**

No. La vacuna contra el COVID-19 de Novavax con adyuvante no contiene SARS-CoV-2 y no puede darle COVID-19.


## **CONSERVE SU TARJETA DE VACUNACIÓN**

Cuando reciba su primera dosis, recibirá una tarjeta de vacunación que le indicará cuándo debe volver a recibir su segunda dosis de la vacuna contra el COVID-19 de Novavax con adyuvante. 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 aparece a continuación.

<b>Sitio web de la vacuna contra el COVID-19 de Novavax con adyuvante</b>	<b>Número de teléfono</b>
<p><a href="http://www.NovavaxCovidVaccine.com">www.NovavaxCovidVaccine.com</a></p> 	<p>1-844-NOVAVAX (1-844-668-2829)</p>

## **¿CÓMO PUEDO APRENDER MÁS?**

- Consulte con el proveedor de la vacuna
- Visite el 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/emergency-use-authorization>
- Póngase en contacto con su departamento de salud pública estatal o local

## **¿DÓNDE SE REGISTRARÁ LA INFORMACIÓN DE MI VACUNACIÓN?**

El proveedor de la vacuna puede incluir su información de vacunación en el Sistema de Información de Vacunación (IIS, por sus siglas en inglés) de su estado/jurisdicción local u otro sistema designado. Esto asegurará 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 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 cuota de administración de la vacuna de su bolsillo ni ninguna otra cuota 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 misma (seguro privado, Medicare, Medicaid, y el Programa COVID-19 de la HRSA para los receptores no asegurados).

## **¿DÓNDE PUEDO DENUNCIAR CASOS DE SOSPECHA DE FRAUDE?**

Se anima a las personas que tengan conocimiento de cualquier posible violación 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., llamando al 1-800-HHS-TIPS o [TIPS.HHS.GOV](https://www.hhs.gov/tips).

## **¿QUÉ ES EL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN POR DAÑOS DE CONTRAMEDIDAS?**

El Programa de Compensación de Lesiones 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 sufrido lesiones graves por ciertos medicamentos o vacunas, incluida esta vacuna. Por lo general, la reclamación debe presentarse al CICP en el plazo de un (1) año a partir de la fecha de recepción de la vacuna. Para saber más sobre este programa, visite [www.hrsa.gov/cicp/](https://www.hrsa.gov/cicp/) o llame al 1-855-266-2427.

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

Una 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 de COVID-19. Una 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 de COVID-19. Un producto autorizado para uso de emergencia no ha sido sometido al mismo tipo de revisión por parte de la FDA que un producto aprobado por ésta.

La FDA puede emitir una EUA cuando se cumplan ciertos criterios, entre ellos, que no existan 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 el COVID-19 durante la pandemia de 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 que el producto pueda utilizarse durante la pandemia de COVID-19.

Una EUA está en vigor durante la duración de la declaración de la EUA de COVID-19 que justifica el uso de emergencia de este producto, a menos que se termine o se revoque (después de lo cual el producto ya no puede ser utilizado).

Fabricado para:

Novavax, Inc., Gaithersburg, MD, 20878

C20101US-001

Actualizado: 19 de octubre de 2022

©2022 Novavax, Inc. Todos los derechos reservados.



Escanee para capturar que esta Hoja Informativa fue proporcionada al receptor de la vacuna para los sistemas de información de registros médicos electrónicos/inmunización.

GDTI: 0886983000370



# 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-safe<sup>SM</sup>

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](https://vsafe.cdc.gov)



Apunte la cámara de su teléfono inteligente a este código



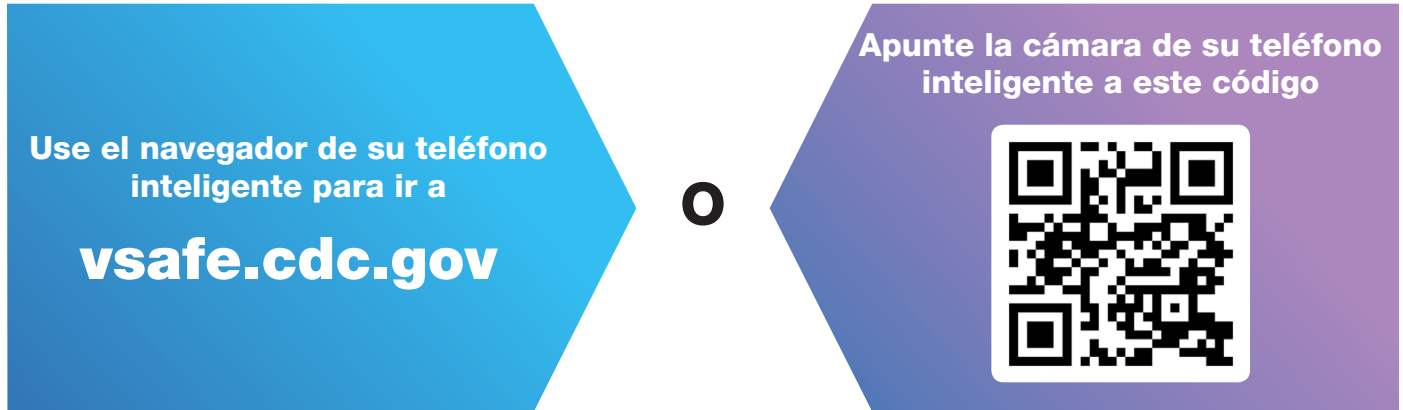


# Cómo inscribirse y usar v-safe

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](http://www.cdc.gov/vsafe)

