

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: (Se puede seleccionar una o más categorías) <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 5 a 17 años de edad recibiendo la vacuna contra el COVID-19. A partir del 3 de noviembre, la vacuna Pfizer es la única aprobada para edades de 5 a 17 años.

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 la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 en la clínica o en línea en <https://www.fda.gov/media/144625/download> 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.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN

Vacuna Contra la COVID-19 Pfizer-BioNTech

El nuevo coronavirus SARS-CoV-2 (también conocido como COVID-19) es una enfermedad infecciosa que apareció a fines de 2019.

Solicito que se me administre la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech o a la persona nombrada a continuación cual yo estoy autorizado para realizar esta solicitud (seleccione uno):

YO MISMO PERSONA NOMBRADA 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 _____ Código Postal _____

Relación con el receptor de la vacuna: _____

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

Empresa / Organización: _____

RECONOCIMIENTOS (INICIAR CADA DECLARACIÓN):

- _____ Antes de la vacunación, se me entregó una copia de la *Hoja Informativa Para Los Receptores y Cuidadores* del FDA en conexión con la Autorización de Uso de la vacuna Pfizer-BioTech COVID-19 para las edades de 12 a más y la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) para la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 para edades de 5 a 11 años o me dirigieron al sitio web de vacunación contra la COVID-19 de la FDA: [Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine | cvdvaccine.com](https://www.fda.gov/covid19/vaccine).
- _____ El receptor o su cuidador tienen la opción de aceptar o rechazar la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech.
- _____ Los significantes riesgos y beneficios conocidos y potenciales de la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech, y hasta qué punto se desconocen dichos riesgos y beneficios, me han sido revelados. Información sobre vacunas alternativas disponibles y los riesgos y beneficios de esas alternativas, en la medida razonable conocidos, se me han sido revelados.
- _____ La vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 se administra por vía intramuscular en una serie de dos dosis con 3 semanas de diferencia. Los receptores deben recibir ambas dosis de la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech para completar la vacunación.
- _____ El receptor tiene 5 años de edad o más.
- _____ Las personas inmunodeprimidas, incluidas las personas que reciben terapia inmunosupresora, pueden tener una respuesta inmune disminuida a la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech.
- _____ Es posible que la vacuna no proteja a todos los receptores de la vacuna.

_____ Para los pacientes de 12 años a más, la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech incluye los siguientes ingredientes: ARNm, lípidos ((4-hidroxitil) azanedil) bis (hexano-6,1-diil) bis (2-hexildecanoato), 2 [(polietilenglicol) -2000] -N, Nditetradecilacetamida, 1,2-Distearoil-sn-glicero-3-fosfolina, y colesterol), potasio cloruro, fosfato de potasio monobásico, cloruro de sodio, fosfato de sodio dibásico dihidratado y sacarosa. Para los pacientes de 5 a 11 años, la vacuna COVID-19 Pfizer-BioNTech incluye los siguientes ingredientes: lípidos (0.14 mg (4 – hidroxitil)azanedil)bis(hexano-6,1-diil)bis(2-hexildecanoato), 0.02 mg 2 [polietilenglicol]-2000]-N,N-ditetradecylacetamida, 0.03 mg 1,2-Distearoil-sn-glicero-3-fosfolina, y 0.06 mg colesterol), 10.3 mg sucrosa, 0.02 mg trometamina, y 0.13 clorhidrato de trometamina. El diluyente (Inyección de 0.9% Cloruro de Sodio estéril, USP) contribuye 0.9 mg de cloruro de sodio por dosis.

_____ He leído o me han explicado la información identificada en la *Hoja Informativa Para Los Receptores y Cuidadores* del FDA con respecto a la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech. He tenido una oportunidad de discutir los beneficios y riesgos de esta vacuna contra la COVID-19 con un proveedor de atención médica de mi elección antes de la vacunación. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción.

_____ Creo que comprendo los beneficios y los riesgos de esta vacuna y pido que me la administren o que la administren a la persona nombrada por quien estoy autorizado a realizar esta solicitud.

CHEQUEOS MEDICOS: Marque "sí" o "no" a cada pregunta a continuación. Dígame a su proveedor de vacunación sobre todas sus condiciones médicas, incluso si responde "sí" a cualquier pregunta. Excepto por las últimas dos (2) preguntas, una respuesta "sí" a cualquier otra pregunta significa que es posible que desee consultar con su proveedor de atención médica antes de continuar. Responder "sí" a cualquiera de las dos (2) últimas preguntas significa que no debe vacunarse hoy día.

Pregunta	Sí	No
¿Tienes alguna alergia?		
¿Tienes fiebre?		
¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando medicamentos para adelgazar o diluir la sangre?		
¿Está inmunodeprimido o está tomando algún medicamento que afecte su sistema inmunológico?		
¿Está embarazada o planea quedar embarazada?		
¿Estas amamantando?		
¿Ha recibido otra vacuna contra el COVID-19?		
¿Ha tenido una reacción alérgica grave después de una dosis anterior de esta vacuna?		
¿Ha tenido una reacción alérgica grave a algún ingrediente de esta vacuna?		
¿Alguna vez se ha desmayado o se ha sentido mareado después de recibir una inyección o cuando le extraigan sangre?		

Firma del receptor O de la persona autorizada del receptor

Fecha

NO ESCRIBAS EN ESTE ESPACIO

Vaccine: _____

Manufacturer: _____

Exp. Date: _____

Site: _____

VIS Edition Provided: _____

Administration Date: _____

Lot #: _____

Route: _____

Volume (ml): _____

Nurse/ Provider's Signature

Date

Time

**HOJA INFORMATIVA DE VACUNAS PARA RECEPTORES Y CUIDADORES
SOBRE COMIRNATY (VACUNA DE ARNm CONTRA EL COVID-19)
Y LA VACUNA DE PFIZER-BIONTECH CONTRA EL COVID-19 PARA PREVENIR
LA ENFERMEDAD DEL CORONAVIRUS 2019 (COVID-19) PARA USO EN
PERSONAS DE 12 AÑOS O MÁS**

PARA MAYORES DE 12 AÑOS

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

Esta hoja informativa de vacunas para receptores y cuidadores contiene la hoja informativa sobre la vacuna autorizada de Pfizer-BioNTech contra el COVID-19, y también incluye información sobre la vacuna aprobada por la FDA, COMIRNATY (vacuna de ARNm contra el COVID-19) para uso en personas de 12 años o más.

La vacuna COMIRNATY (vacuna de ARNm contra el COVID-19), aprobada por la FDA, y las dos formulaciones de la Vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19, bajo la Autorización de Uso de Emergencia (EUA, por sus siglas en inglés) para mayores de 12 años, pueden utilizarse indistintamente cuando se preparan de acuerdo con sus respectivas instrucciones de uso. ^[1]

COMIRNATY (vacuna de ARNm contra el COVID-19) es una vacuna contra el COVID-19 aprobada por la FDA y fabricada por Pfizer para BioNTech. Está aprobada como una serie de 2 dosis para la prevención del COVID-19 en personas de 16 años o más. También está autorizada bajo la EUA para proporcionar:

- una serie primaria de 2 dosis a personas de 12 a 15 años.
- una tercera dosis de la serie primaria a personas de 12 años o más que se haya determinado que tienen ciertos tipos de inmunocompromiso; y
- una única dosis de refuerzo a las siguientes personas que hayan completado una serie primaria con la Vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 o COMIRNATY:
 - de 65 años o más
 - de 18 a 64 años de edad con alto riesgo de COVID-19 grave
 - de 18 a 64 años de edad con exposición institucional o laboral al SARS-CoV-2
- una única dosis de refuerzo a las personas elegibles que hayan completado la vacunación primaria con otra vacuna contra el COVID-19 autorizada. **La elegibilidad y cuando se debe administrar el refuerzo se basan en la**

^[1] Cuando se preparan de acuerdo con sus respectivas instrucciones de uso, la vacuna COMIRNATY (vacuna de ARNm contra el COVID-19) y las dos formulaciones de la Vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19, autorizadas por la EUA para mayores de 12 años, pueden utilizarse indistintamente sin presentar ningún problema de seguridad o eficacia.

información en la etiqueta de la vacuna utilizada para la serie primaria.

La Vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 recibió la EUA de la FDA para proporcionar:

- una serie primaria de 2 dosis a personas mayores de 12 años.
- una tercera dosis de la serie primaria a personas de 12 años o más que se haya determinado que tienen ciertos tipos de inmunocompromiso; y
- una única dosis de refuerzo a las siguientes personas que hayan completado una serie primaria con la Vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 o COMIRNATY:
 - de 65 años o más
 - de 18 a 64 años de edad con alto riesgo de COVID-19 grave
 - de 18 a 64 años de edad con exposición institucional o laboral al SARS-CoV-2
- una única dosis de refuerzo a las personas elegibles que hayan completado la vacunación primaria con otra vacuna contra el COVID-19 autorizada. **La elegibilidad y cuando se debe administrar el refuerzo se basan en la información en la etiqueta de la vacuna utilizada para la serie primaria.**

Esta hoja informativa de vacunas contiene información para ayudarle a entender los riesgos y beneficios de la vacuna COMIRNATY (vacuna de ARNm contra el COVID-19) y de la Vacuna Pfizer BioNTech COVID-19, que puede recibir porque actualmente existe una pandemia del COVID-19. Hable con su proveedor de vacunas si tiene preguntas.

Esta hoja informativa puede haber sido actualizada. Para la hoja informativa más reciente, por favor consulte www.cvdvaccine.com.

LO QUÉ DEBE SABER ANTES DE RECIBIR ESTA VACUNA

¿QUÉ ES EL COVID-19?

La enfermedad del COVID-19 es causada por un coronavirus llamado SARS-CoV-2. Usted puede contraer el COVID-19 a través del contacto con otra persona que tenga el virus. Es una enfermedad predominantemente respiratoria que puede afectar a otros órganos. Las personas con el COVID-19 han tenido una amplia gama de síntomas reportados, desde síntomas leves hasta la enfermedad grave que lleva 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; falta de aliento; 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 COMIRNATY (VACUNA DE ARNm CONTRA EL COVID-19) Y CÓMO ESTÁ RELACIONADA CON LA VACUNA PFIZER BIONTECH COVID-19?

La vacuna COMIRNATY (vacuna de ARNm contra el COVID-19) y la Vacuna Pfizer

BioNTech COVID-19 pueden utilizarse indistintamente cuando se preparan de acuerdo con sus respectivas instrucciones de uso.

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

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

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

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

¿CÓMO SE ADMINISTRA LA VACUNA?

La Vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 o COMIRNATY se le administrará en forma de inyección en el músculo.

Serie primaria: La vacuna se administra en una serie de 2 dosis, con un intervalo de 3 semanas. Puede administrarse una tercera dosis de la serie primaria al menos 4 semanas después de la segunda dosis a las personas que se determine que tienen ciertos tipos de inmunocompromiso.

Dosis de refuerzo:

- Puede administrarse una única dosis de refuerzo de la vacuna al menos 6 meses después de la finalización de la serie primaria a personas:
 - mayores de 65 años
 - 18 a 64 años de edad con alto riesgo de COVID-19 grave
 - 18 a 64 años de edad con exposición institucional o laboral frecuente al SARS-CoV-2
- Puede administrarse una única dosis de refuerzo de la vacuna a ciertas personas que hayan completado la vacunación primaria con otra vacuna contra el COVID-19 autorizada.
- Por favor, consulte con su proveedor de atención médica sobre la elegibilidad y cuando debe administrarse la dosis de refuerzo.

¿QUIÉN NO DEBE RECIBIR LA VACUNA?

Usted no debe recibir la vacuna si:

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

¿CUÁLES SON LOS INGREDIENTES DE LAS VACUNAS?

La vacuna COMIRNATY (vacuna de ARNm contra el COVID-19) y las formulaciones autorizadas de la Vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 incluyen los siguientes ingredientes:

- ARNm y lípidos ((4-hidroxitil) azanodil) bis(hexano-6,1-diil) bis(2-hidrodecanoato), 2 [(polietilenglicol)-2000]-N,N-ditetradecilacetamida, 1,2-distearoil-sn-glicero-3-fosfolina y colesterol).

Las Vacunas Pfizer-BioNTech COVID-19 para personas de 12 años o más contienen 1 de los siguientes conjuntos de ingredientes adicionales; pregunte al proveedor de la vacuna qué versión se está administrando:

- cloruro potásico, fosfato potásico monobásico, cloruro sódico, fosfato sódico dibásico dihidratado y sacarosa.

O

- trometamina, clorhidrato de trometamina y sacarosa

¿SE HA USADO ANTES LA VACUNA?

Sí. En estudios clínicos, aproximadamente 23,000 personas de 12 años o más han recibido al menos una dosis de la vacuna. Los datos de estos estudios clínicos apoyaron la Autorización de Uso de Emergencia de las Vacunas Pfizer-BioNTech COVID-19 y la aprobación de la vacuna COMIRNATY (vacuna de ARNm contra el COVID-19). Millones de personas han recibido la vacuna bajo la EUA desde el 11 de diciembre de 2020. La vacuna autorizada para su uso en personas de 12 años o más incluye dos formulaciones: una que se estudió en ensayos clínicos y se utilizó bajo la EUA, y otra con el mismo ARNm y los mismos lípidos, pero con diferentes ingredientes inactivos. El uso de los diferentes ingredientes inactivos ayuda a estabilizar la vacuna a temperaturas refrigeradas y la formulación puede administrarse sin dilución.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE LA VACUNA COMIRNATY (VACUNA DE ARNm CONTRA EL COVID-19) Y LA VACUNA PFIZER-BIONTECH COVID-19?

Se ha demostrado que la vacuna previene el COVID-19.

Actualmente se desconoce la duración de la protección contra el COVID-19.

¿CUÁLES SON LOS RIESGOS DE LA VACUNA?

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

- Dificultad para respirar
- Hinchazón de la cara y la garganta
- Latido cardíaco rápido

- Sarpullido severo en todo el cuerpo
- Mareos y debilidad

En algunas personas que han recibido la vacuna se han presentado casos de miocarditis (inflamación del músculo cardíaco) y pericarditis (inflamación del revestimiento exterior del corazón). En la mayoría de estas personas, los síntomas comenzaron a los pocos días de recibir la segunda dosis de la vacuna. La probabilidad de que esto ocurra es muy baja. Debe buscar atención médica inmediatamente 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 palpitando

Los efectos secundarios que se han reportado con la vacuna incluyen:

- reacciones alérgicas graves
- reacciones alérgicas no graves como sarpullido, comezón, urticaria o hinchazón de la cara
- miocarditis (inflamación del músculo cardíaco)
- pericarditis (inflamación del revestimiento exterior del corazón)
- dolor en el lugar de la inyección
- cansancio
- dolor de cabeza
- dolor muscular
- escalofríos
- dolor en las articulaciones
- fiebre
- hinchazón del lugar de la inyección
- enrojecimiento del lugar de la inyección
- náuseas
- sentirse mal
- ganglios linfáticos inflamados (linfadenopatía)
- disminución del apetito
- diarrea
- vómitos
- dolor en el brazo
- desmayo asociado a la inyección de la vacuna

Puede que estos no sean todos los posibles efectos secundarios de la vacuna. Pueden ocurrir efectos secundarios serios e inesperados. Los posibles efectos secundarios de la vacuna se siguen estudiando en ensayos clínicos.

¿QUÉ DEBO HACER CON RESPECTO A LOS EFECTOS SECUNDARIOS?

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

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

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

Además, puede reportar los efectos secundarios a Pfizer Inc. a la información de contacto que se proporciona a continuación.

Sitio web	Número de fax	Número de teléfono
www.pfizersafetyreporting.com	1-866-635-8337	1-800-438-1985

También se le puede dar la opción de inscribirse en *v-safe*. *V-safe* es una nueva herramienta voluntaria para teléfonos inteligentes que utiliza mensajes de texto y encuestas en Internet para consultar con las personas que han sido vacunadas para identificar los posibles efectos secundarios después de la vacunación contra el COVID-19. *V-safe* hace preguntas que ayudan a los CDC a vigilar 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 reportan un impacto significativo en la salud después de la vacunación contra el COVID-19. Para obtener más información sobre cómo inscribirse, visite: www.cdc.gov/vsafe

¿QUÉ SUCEDE SI DECIDO NO RECIBIR LA VACUNA COMIRNATY (VACUNA DE ARNm CONTRA EL COVID-19) O LA VACUNA PFIZER-BIONTECH COVID-19?

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

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

Otras vacunas para prevenir el COVID-19 pueden estar disponibles bajo una Autorización de Uso de Emergencia.

¿PUEDO RECIBIR LA VACUNA COMIRNATY (VACUNA DE ARNm CONTRA EL COVID-19) O LA VACUNA PFIZER-BIONTECH COVID-19 CON OTRAS VACUNAS?

Todavía no se han presentado datos a la FDA sobre la administración de la vacuna COMIRNATY (vacuna de ARNm contra el COVID-19) o de la Vacuna Pfizer BioNTech COVID-19 al mismo tiempo que otras vacunas. Si está considerando recibir COMIRNATY (vacuna de ARNm contra el COVID-19) o la Vacuna Pfizer BioNTech COVID-19 con otras vacunas, discuta sus opciones con su proveedor de atención

médica.

¿Y SI ESTOY INMUNOCOMPROMETIDO?

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

¿QUÉ SUCEDE SI ESTOY EMBARAZADA O AMAMANTANDO?

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

¿LA VACUNA ME DARÁ EL COVID-19?

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


CONSERVE SU TARJETA DE VACUNACIÓN

Cuando reciba su primera dosis, recibirá una tarjeta de vacunación que le indicará cuándo debe regresar para su próxima dosis. 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, por favor escanee el código QR que se proporciona a continuación.

Sitio web global	Número de teléfono
<p data-bbox="315 1289 620 1318">www.cvdvaccine.com</p> 	<p data-bbox="948 1346 1219 1409">1-877-829-2619 (1-877-VAX-CO19)</p>

¿CÓMO PUEDO APRENDER MÁS?

- Pregúntele al proveedor de la vacuna.
- Visite los CDC en <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>.
- Visite a la FDA en <https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/mcm-legal-regulatory-and-policy-framework/autorizacion-de-uso-de-emergencia>.
- Póngase en contacto con el departamento de salud pública local o estatal.

¿DÓNDE SE REGISTRARÁ LA INFORMACIÓN DE MI VACUNACIÓN?

El proveedor de la vacuna puede incluir la información de su vacunación en el Sistema de Información de Inmunización (IIS, por sus siglas en inglés) de su estado o jurisdicción local, u otro sistema designado. Esto 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> (en inglés).

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

No. En este momento, el proveedor no puede cobrarle por una dosis de la vacuna y no se le puede cobrar una 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 vacuna (seguro privado, Medicare, Medicaid, el Programa COVID-19 de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés) para receptores no asegurados).

¿DÓNDE PUEDO DENUNCIAR CASOS DE SOSPECHA DE FRAUDE?

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

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

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

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

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

La FDA puede emitir una EUA cuando se cumplen ciertos criterios, incluyendo que no hay alternativas adecuadas, aprobadas y disponibles. Además, la decisión de la FDA se basa en la totalidad de las pruebas científicas disponibles que demuestran que el producto puede ser eficaz para prevenir el COVID-19 durante la pandemia del COVID-19, y que los

beneficios conocidos y potenciales del producto superan los riesgos conocidos y potenciales del mismo. Todos estos criterios deben cumplirse para permitir que el producto se utilice en el tratamiento de pacientes durante la pandemia del COVID-19.

Esta EUA para la Vacuna Pfizer BioNTech COVID-19 y COMIRNATY terminará cuando el secretario de HHS determine que las circunstancias que justifican la EUA ya no existen o cuando haya un cambio en el estado de aprobación del producto de tal manera que ya no sea necesaria una EUA.

Fabricado por
Pfizer Inc., New York, NY 10017

BIONTECH
Fabricado por
BioNTech Manufacturing GmbH
An der Goldgrube 12
55131 Mainz, Alemania

LAB-1451 11.2

Revisado el 29 de octubre de 2021



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

Fecha del código de barras: 09/30/2021



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

¿Qué es v-safe?

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

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

¿Cómo puedo participar?

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

¿Cuánto duran los chequeos de v-safe?

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

¿Está segura mi información de salud?

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

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



v-safeSM

verificador de salud
después de la vacunación

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



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



Apunte la cámara de su teléfono inteligente a este código

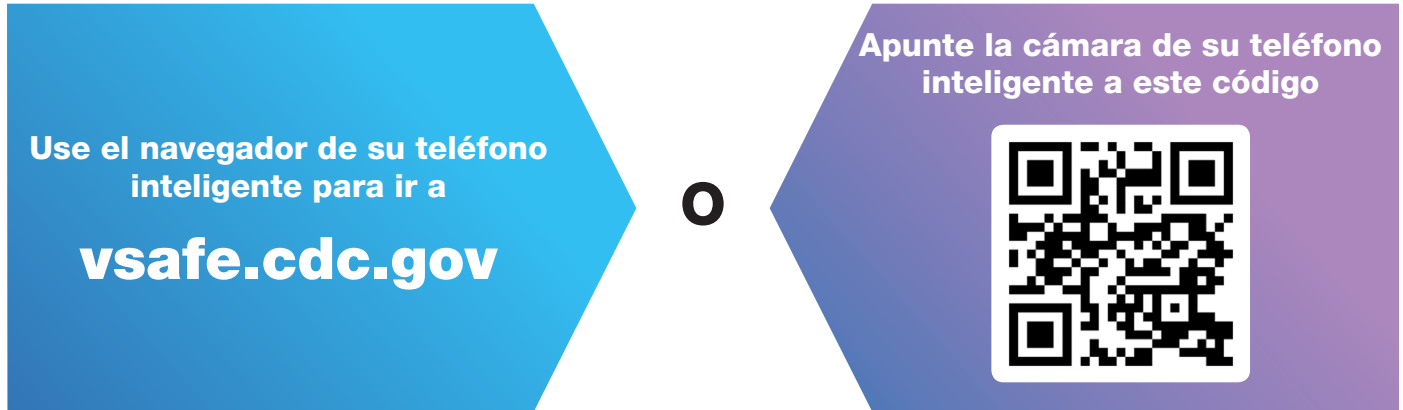


Cómo inscribirse y usar v-safe

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

Inscríbese

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



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

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

Complete el chequeo de salud de v-safe

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

Resolución de problemas

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

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

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

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

¿Necesita ayuda con v-safe?

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

Línea TTY: 888-232-6348

Abierta 24 horas al día, 7 días a la semana

Visite www.cdc.gov/vsafe

