

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: 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 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: _____

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

Favor de llenar este formulario para pacientes de 12 a 17 años de edad recibiendo la vacuna contra el COVID-19. A partir del 12 de mayo de 2021, la vacuna Pfizer es la única aprobada para personas de 12 a 17 años de edad.

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/ menor casado con un 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. La vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech es una vacuna no aprobada que puede prevenir COVID-19. No existe una vacuna aprobada por la FDA para prevenir COVID-19 en este momento.

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 Emergencia (EUA) para la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech 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 FDA ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech, que no es una vacuna aprobada por el FDA.
- _____ 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 (0.3 mL cada uno) 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 12 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.

_____ La vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech incluye los siguientes ingredientes: ARNm, lípidos ((4-hidroxibutil) azanediil) bis (hexano-6,1-diil) bis (2-hexildecanoato), 2 [(polietilenglicol) -2000] -N, Nditetradecilacetamida, 1,2-Distearoil-sn-glicero-3-fosfocolina, y colesterol), potasio cloruro, fosfato de potasio monobásico, cloruro de sodio, fosfato de sodio dibásico dihidratado y sacarosa.

_____ 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/

DO NOT WRITE IN THIS SPACE—OFFICE USE ONLY

VIS Edition Provided: _____

Vaccine: _____

Administration Date: _____

Manufacturer: _____

Lot #: _____

Exp. Date: _____

Route: _____

Site: _____

Volume (ml): _____

Nurse/ Provider's Signature

Date

Time

HOJA INFORMATIVA PARA LOS RECEPTORES Y CUIDADORES

AUTORIZACIÓN DE USO DE EMERGENCIA (EUA) DE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE PFIZER-BIONTECH PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS 2019 (COVID-19) EN PERSONAS MAYORES DE 12 AÑOS DE EDAD

Se le ofrece la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech para prevenir la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) causada por SARS-CoV-2. Esta Hoja informativa contiene información para ayudarle a comprender los riesgos y beneficios de la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech que puede recibir porque actualmente existe una pandemia de COVID-19.

La vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech es una vacuna y puede impedir que contraiga COVID-19. No existe ninguna vacuna aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para prevenir la COVID-19.

Lea esta Hoja informativa para obtener información sobre la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech. Hable con el proveedor de vacunación si tiene alguna pregunta. Es decisión suya recibir la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech.

La vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech se administra en una serie de dos dosis con 3 semanas de diferencia, en el músculo.

Es posible que la vacuna contra la COVID-19 Pfizer-BioNTech no proteja a todos.

Esta Hoja informativa puede haberse actualizado. Para la Hoja informativa más reciente, consulte www.cvdvaccine.com.

LO QUE DEBE SABER ANTES DE RECIBIR ESTA VACUNA

¿QUÉ ES LA COVID-19?

La enfermedad de COVID-19 es causada por un coronavirus llamado 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 tenido una amplia variedad de síntomas, que van desde síntomas leves hasta una 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; dificultad para respirar; fatiga; dolores musculares o corporales; dolor de cabeza; aparición de pérdida 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 PFIZER-BIONTECH?

La vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech es una vacuna no aprobada que puede impedir que contraiga COVID-19. No existe ninguna vacuna aprobada por la FDA para prevenir la COVID-19.

La FDA ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech para prevenir la COVID-19 en personas mayores de 12 años en virtud de una autorización de uso de emergencia (EUA).

Para obtener más información sobre la EUA, consulte “¿Qué es una autorización de uso de emergencia (EUA)?” al final de esta Hoja informativa.

¿QUÉ DEBERÍA MENCIONAR A SU PROVEEDOR DE VACUNACIÓN ANTES DE RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE PFIZER-BIONTECH?

Informe a su proveedor de vacunación sobre todas sus afecciones médicas, incluso si usted:

- tiene alguna alergia;
- tiene fiebre;
- tiene un trastorno hemorrágico o recibe anticoagulante;
- está inmunodeprimido o está tomando un medicamento que afecta al sistema inmunitario;
- está embarazada o planea quedar embarazada;
- está amamantando;
- ha recibido otra vacuna contra la COVID-19.

¿QUIÉN DEBERÍA RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE PFIZER-BIONTECH?

La FDA ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech en personas mayores de 12 años.

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

No debería recibir la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech si:

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

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

La vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech incluye los siguientes ingredientes: ARNm, lípidos ([4-hidroxi-butilo)azanedil]bis(hexano-6,1-dil)bis(2-hexyldecanoato), 2[(polietilenglicol)-2000]-N,N-ditetradecilacetamida, 1,2-distearoil-sn-glucero-3-fosfolina, y colesterol), cloruro de potasio, fosfato monobásico de potasio, cloruro de sodio, fosfato sódico dibásico dihidrato y sacarosa.

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

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

La serie de vacunación de la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech consta de 2 dosis administradas con 3 semanas de diferencia.

Si recibe una dosis de la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech, debe recibir una segunda dosis de esta misma vacuna 3 semanas después para completar la serie de vacunación.

¿SE HA USADO ANTERIORMENTE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE PFIZER-BIONTECH?

La vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech es una vacuna no aprobada. En ensayos clínicos, aproximadamente 23,000 personas mayores de 12 años han recibido al menos 1 dosis de la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech.

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

En un ensayo clínico en curso, se ha demostrado que la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech previene la COVID-19 después de 2 dosis administradas con 3 semanas 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 PFIZER-BIONTECH?

Los efectos secundarios que se han informado con la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech incluyen:

- Dolor en el lugar de la inyección
- Cansancio
- Dolor de cabeza
- Dolores musculares
- Escalofríos
- Dolor de las articulaciones
- Fiebre
- Hinchazón en el lugar de la inyección
- Enrojecimiento en el lugar de la inyección
- Náuseas
- Malestar
- Inflamación de los ganglios linfáticos (linfadenopatía)

Existe una remota posibilidad de que la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech pueda causar una reacción alérgica grave. Una reacción alérgica grave normalmente ocurriría dentro de unos minutos hasta una hora después de recibir una dosis de la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech. Por este motivo, su proveedor de la vacunación le puede pedir que permanezca donde recibió su vacuna para un monitoreo posterior a la vacunación. Los signos de una reacción alérgica grave pueden incluir:

- Dificultad para respirar
- Hinchazón de la cara y la garganta
- Frecuencia cardíaca rápida
- Una erupción cutánea grave en todo el cuerpo
- Mareos y debilidad

Estos pueden no ser todos los efectos secundarios posibles de la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech. Pueden producirse efectos secundarios graves e inesperados. La vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech todavía se está estudiando en ensayos clínicos.

¿QUÉ DEBO HACER SOBRE LOS 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 moleste o no desaparezca. Notifique los efectos secundarios de la vacuna al **Sistema de notificación de eventos adversos de la vacuna de la FDA/CDC (VAERS)**. El número gratuito del VAERS es 1-800-822-7967 o informe en línea a <https://vaers.hhs.gov/notificevent.html>. Incluya “EUA de la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech” en la primera línea del casillero número 18 del formulario de informe.

Además, puede notificar efectos secundarios a Pfizer Inc. a la información de contacto proporcionada a continuación.

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

También es posible que se le ofrezca la opción de inscribirse en **v-safe**. **V-safe** es una nueva herramienta de uso voluntario, basada en un teléfono inteligente, que emplea mensajería de texto y encuestas en la web para controlar a las personas que fueron vacunadas, a 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 para la segunda dosis, de ser necesaria, y seguimiento telefónico en vivo por parte de los CDC si los participantes informan un impacto significativo en la salud tras la vacunación contra la COVID-19. Para obtener más información acerca de cómo registrarse, visite: www.cdc.gov/vsafe.

¿QUÉ OCURRE SI DECIDO NO RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE PFIZER-BIONTECH?

Es decisión suya recibir o no la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech. Si decide no recibirla, esto no cambiará su atención médica habitual.

¿EXISTEN OTRAS OPCIONES DISPONIBLES PARA PREVENIR LA COVID-19 ADEMÁS DE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE PFIZER-BIONTECH?

Actualmente no existe ninguna vacuna alternativa disponible aprobada para la prevención de COVID-19. Otras vacunas para prevenir la COVID-19 pueden estar disponibles bajo una autorización de uso de emergencia.

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

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

¿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 PFIZER-BIONTECH ME DARÁ COVID-19?

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

CONSERVE SU TARJETA DE VACUNACIÓN


Cuando reciba su primera dosis, recibirá una tarjeta de vacunación donde se le indicará cuándo debe regresar para su segunda dosis de la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech.

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 proporcionado a continuación.

Sitio web global	Número de teléfono
<p>www.cvdvaccine.com</p> 	<p>1-877-829-2619 (1-877-VAX-CO19)</p>

¿CÓMO PUEDO OBTENER MÁS INFORMACIÓN?

- Pregunte al proveedor de vacunación.
- Visite el sitio web de los CDC <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>.
- Visite el sitio web de la FDA <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 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 (IIS) del estado/la jurisdicción local u otro sistema designado. Esto garantizará que reciba la misma vacuna cuando vuelva para la segunda dosis. Para obtener más información sobre el IIS, visite: <https://www.cdc.gov/vaccines/programs/iis/about.html>.

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

El programa de compensación por lesiones causadas por contramedidas (CICP) es un programa federal que puede ayudar a pagar los costos de la atención médica y otros gastos específicos de determinadas personas que se han lesionado gravemente con ciertos medicamentos o vacunas, incluida esta vacuna. En general, se debe presentar una reclamación al CICP en el plazo de un (1) año desde la fecha de recepción de la vacuna. Para obtener más información sobre este programa, visite www.hrsa.gov/cicp/ o llame al 1-855-266-2427.

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

La FDA de los Estados Unidos ha puesto a disposición la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech en virtud de un mecanismo de acceso de emergencia denominado EUA. La EUA es respaldada por la declaración de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos (HHS) de que existen circunstancias para justificar el uso de fármacos y productos biológicos durante la pandemia de COVID-19.

La vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech no se ha sometido al mismo tipo de revisión que un producto aprobado por la FDA. La FDA puede emitir una EUA cuando se cumplen ciertos criterios, lo que incluye que no existen alternativas adecuadas, aprobadas y disponibles.

Además, la decisión de la FDA se basa en la totalidad de la evidencia científica disponible que muestra que el producto puede ser eficaz para prevenir la COVID-19 durante la pandemia de COVID-19 y que los beneficios conocidos y potenciales del producto superan los riesgos conocidos y potenciales del producto. Todos estos criterios deben cumplirse para permitir que el producto se utilice en el tratamiento de pacientes durante la pandemia de COVID-19.

La EUA de la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech está en vigor durante la vigencia de la declaración de EUA de COVID-19 que justifica el uso de emergencia de estos productos, a menos que se rescinda o se revoque (después de lo cual ya no se podrán usar los productos).



Fabricado por
Pfizer Inc., Nueva York, NY 10017

BIONTECH

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

LAB-1451-2.0

Revisado: Mayo 2021



Escanee para capturar que esta Hoja informativa se proporcionó al receptor de la vacuna para los sistemas de información de historias clínicas electrónicas/de inmunización.

Fecha de código de barras 05/2021

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** texteadando "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.



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

O

Apunte la cámara de su teléfono inteligente a este código

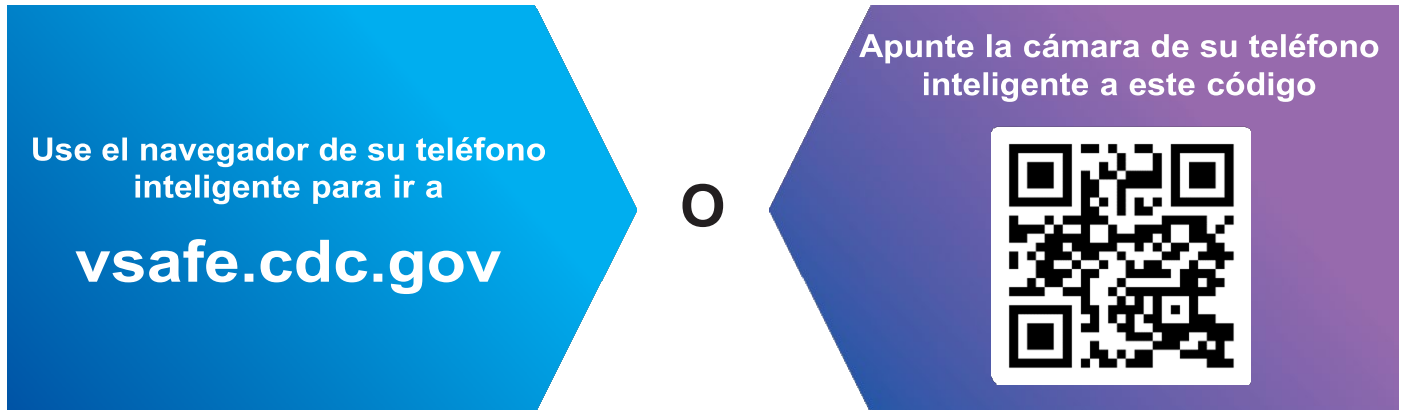


Cómo inscribirse y usar v-safe

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

