

Nombre: \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_

Raza: Negro  Blanco  Asiático  Indio americano / Nativo de Alaska  Otro

Etnicidad: Hispano / Latino  No Hispano / Latino

Soy un veterano     Por favor, envíe mis registros al VA.

**CONSIENTEMENTO**

Recibí o se me ofreció una hoja con HIPAA noticia y información sobre cada vacuna (VIS). Conozco los riesgos de las enfermedades que cada vacuna previene. Conozco los beneficios y riesgos que estas vacunas tienen. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las enfermedades, las vacunas y como son administradas las vacunas. Se que la persona recibiendo la vacuna la tendrá en su cuerpo para prevenir una enfermedad contagiosa. Soy adulto y puedo dar permiso legalmente para que le den la vacuna a la persona nombrada abajo. Por mi propia voluntad firmo y doy permiso para que le den esta vacuna.

**Reconocimiento y restricciones de notificación de prácticas de privacidad de HIPAA**

Si firma abajo, usted reconoce que a recibido la notificación de prácticas de privacidad antes de que algún servicio sea le a dado a usted por la práctica, y usted tiene consentimiento del uso y la revelación de su información medican excepto de lo que usted declare abajo

\*Yo, por lo presente solicito, que las siguientes restricciones en el uso de o revelación de mi información.

\*Para la privacidad de todos los pacientes, el uso de teléfonos celulares está prohibido en las áreas de cuidado de pacientes.

**PREGUNTAS**

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. ¿Está enfermo hoy el Paciente?   | Sí | No |
| 2. ¿El Paciente es alérgico a algún medicamento, vacuna o látex?  | Sí | No |
| 3. ¿Ha tenido el paciente una reacción grave a una vacuna en el pasado?   | Sí | No |
| 4. ¿Ha recibido el paciente una infusión de anticuerpos monoclonales en los últimos 90 días?                    | Sí | No |
| 5. ¿Está embarazada la paciente o existe la posibilidad de que podría quedar embarazada durante el próximo mes? | Sí | No |
| 6. ¿El paciente ha recibido vacunas en los últimos 14 días?   | Sí | No |

Enumere cualquier alergia:

\_\_\_\_\_

**Firma**

Paciente/ Representante legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si representante legal, relación al paciente \_\_\_\_\_

Date Vaccine & VIS Given	Vaccine Given	Mfg	Lot #	Site Used	VIS Date

Administrator's Signature \_\_\_\_\_ EMR id: \_\_\_\_\_

\*Notes \_\_\_\_\_



Texas Department of State Health Services

# REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE TEXAS (ImmTrac2) CONSENTIMIENTO PARA ADULTOS



(Llene a mano claramente)

Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino Teléfono \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Núm. de apartamento o edificio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Apellido de soltera \_\_\_\_\_

<b>Raza (seleccione todos los que correspondan):</b> <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se negó a contestar			<b>Grupo étnico (seleccione solo una):</b> <input type="checkbox"/> Hispánico o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Se negó a contestar
--	--	--	---

El Registro de Inmunización de Texas es un servicio gratuito del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) de Texas. Se trata de un servicio seguro y confidencial que consolida los registros de vacunación con fines de salud pública (por ej., para darle a cada médico que atienda a un paciente un lugar centralizado donde pueda ver los registros de vacunación de sus pacientes). Al darnos usted su consentimiento, los datos sobre sus vacunas se incluirán en el ImmTrac2. *En el caso de un menor de 18 años de edad, uno de los padres, el tutor legal o el titular de la custodia puede dar el consentimiento para que ese menor participe, llenando el consentimiento del ImmTrac2 para menores de edad (# C-7), que puede descargar en: [www.ImmTrac.com](http://www.ImmTrac.com).*

**Consentimiento para el registro y para divulgar los registros de inmunización a las personas o entidades autorizadas**  
 Entiendo que, al dar aquí mi consentimiento, autorizo la divulgación de mis datos de vacunación al DSHS, y entiendo además que el DSHS incluirá esta información en el Registro de Inmunización de Texas. Una vez que la información sobre mis vacunas esté en el ImmTrac2, las siguientes entidades tendrán, por ley, acceso a ella: un médico u otro proveedor de salud de Texas legalmente autorizado para administrar vacunas, como parte del tratamiento que yo reciba como paciente; cualquier escuela de Texas en la que yo esté inscrito; un distrito de salud pública o departamento de salud local de Texas, por razones de salud pública, dentro de sus zonas de jurisdicción; cualquier entidad estatal que tenga custodia sobre mí; cualquier pagador autorizado por el Departamento de Seguros de Texas para operar en Texas lo relacionado con mi cobertura con una póliza de dicho pagador. **Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.**

La ley estatal permite la inclusión en el ImmTrac2 de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos (mayores de 18 años). Se define como "socorrista" al empleado de la seguridad pública o voluntario entre cuyas funciones está responder rápidamente a una emergencia médica. Se define como "familiar directo" a los padres, cónyuges, hijos o hermanos que viven en el mismo hogar que el del socorrista. En el caso de un familiar menor de 18 años, uno de los padres, el tutor legal o el titular de la custodia puede dar el consentimiento para que el menor participe en calidad de "menor en el ImmTrac2", llenando el formulario de consentimiento (# C-7) del Registro de Inmunización (ImmTrac2).

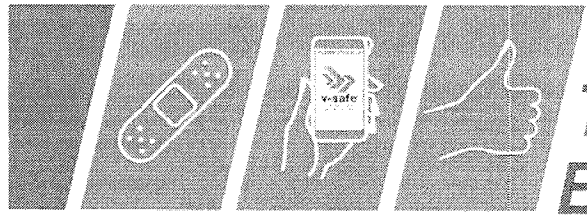
Marque la casilla correspondiente para indicar si es usted es un **socorrista** o un **familiar directo de un socorrista**.  
 Soy un SOCORRISTA.     Soy un FAMILIAR DIRECTO (mayor de 18 años) de un socorrista.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para el registro. Descó INCLUIR mis datos en el Registro de Inmunización de Texas.  
**La persona (o su representante legalmente autorizado):**  
 \_\_\_\_\_ Nombre escrito a mano  
 \_\_\_\_\_ Firma  
 \_\_\_\_\_ Fecha

**Aviso de confidencialidad:** Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a pedir y a ser informado sobre los datos que el estado de Texas recaba sobre usted. Usted tiene derecho a recibir y revisar la información si así lo pide. También tiene derecho a pedir que la dependencia estatal corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Consulte el sitio <http://www.dshs.texas.gov> para más información sobre el aviso de confidencialidad. (Fuente: Código gubernamental, secciones 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

¿Tiene alguna pregunta? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • [www.ImmTrac.com](http://www.ImmTrac.com)  
 Texas Department of State Health Services • ImmTrac Group • MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

**PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2:** Please enter client information in ImmTrac2 and affirm that consent has been granted. **DO NOT fax to ImmTrac2. Retain this form in your client's record.**



# ***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.



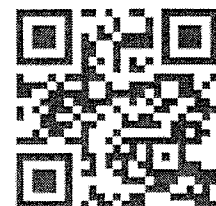
Use su teléfono inteligente para decirles a los CDC si presenta algún efecto secundario después de vacunarse contra el COVID-19. También recibirá recordatorios si necesita una segunda dosis de la vacuna.



Inscríbese usando el navegador de su teléfono inteligente en [vsafe.cdc.gov](https://vsafe.cdc.gov)



Apunte la cámara de su teléfono inteligente a este código

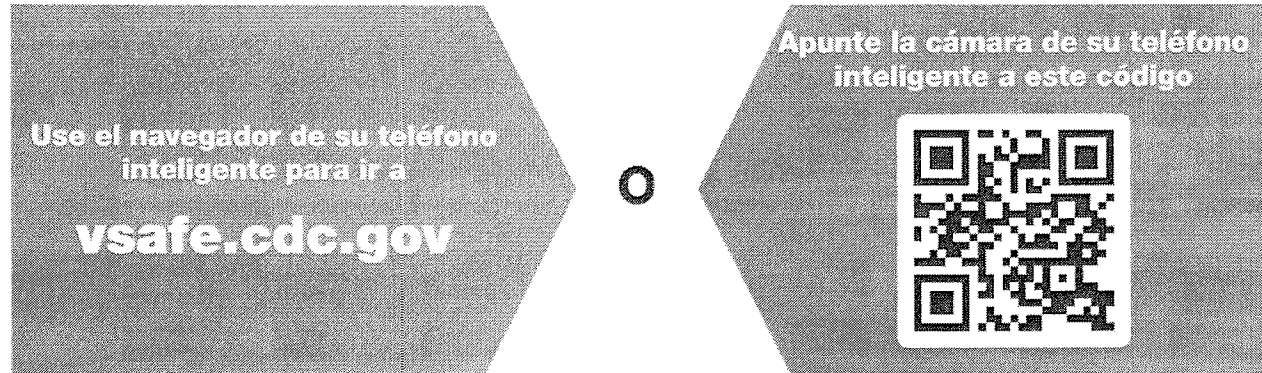


## Cómo inscribirse y usar v-safe

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.

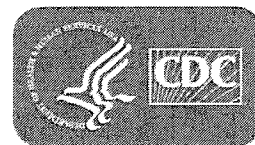
### ¿Necesita ayuda con v-safe?

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)



**HOJA INFORMATIVA PARA RECEPTORES Y CUIDADORES  
AUTORIZACIÓN DE USO DE EMERGENCIA (EUA) DE  
LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA PARA PREVENIR LA  
ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS DE 2019 (COVID-19) EN PERSONAS DE  
18 AÑOS EN ADELANTE**

Se le ofrece la vacuna contra la COVID-19 de Moderna para prevenir la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19) causada por el SARS-CoV-2. Esta hoja informativa contiene información para ayudarlo a comprender los riesgos y beneficios de la vacuna contra la COVID-19 de Moderna, que usted puede recibir debido a la actual pandemia de COVID-19.

La vacuna contra la COVID-19 de Moderna es una vacuna y podría prevenir el contagio de COVID-19. No existe ninguna vacuna aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU. para prevenir la COVID-19.

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

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

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

Esta hoja informativa puede haberse actualizado. Para obtener la hoja informativa más reciente, visite [www.modernatx.com/covid19vaccine-eua](http://www.modernatx.com/covid19vaccine-eua).

## **QUÉ NECESITA SABER ANTES DE RECIBIR ESTA VACUNA**

### **¿QUÉ ES LA COVID-19?**

La COVID-19 es causada por un coronavirus denominado SARS-CoV-2. Este tipo de coronavirus no se ha observado anteriormente. Puede contraer COVID-19 a través del contacto con otra persona que tenga el virus. Es predominantemente una enfermedad respiratoria que puede afectar a otros órganos. Las personas con COVID-19 han notificado una amplia variedad de síntomas, desde síntomas leves hasta enfermedad grave. Los síntomas pueden aparecer entre 2 y 14 días después de la exposición al virus. Los síntomas pueden incluir: fiebre o escalofríos, tos, falta de aire, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, pérdida nueva del gusto o del olfato, dolor de garganta, congestión o secreción nasal, náuseas o vómitos, diarrea.

### **¿QUÉ ES LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA?**

La vacuna contra la COVID-19 de Moderna es una vacuna no aprobada que puede prevenir la COVID-19. 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 Moderna para prevenir la COVID-19 en personas de 18 años en adelante en virtud de una autorización de uso de emergencia (emergency use authorization, EUA).

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

### **¿QUÉ DEBERÍA MENCIONARLE A SU PROVEEDOR DE VACUNACIÓN ANTES DE RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA?**

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

- tiene alguna alergia;
- ha tenido miocarditis (inflamación del músculo del corazón) o pericarditis (inflamación del revestimiento exterior del corazón);
- tiene fiebre;
- tiene un trastorno hemorrágico o está en tratamiento con un anticoagulante;
- está inmunodeprimido o está en tratamiento con un medicamento que afecta al sistema inmunitario;
- está embarazada o planea quedar embarazada;
- está en período de lactancia;
- ha recibido otra vacuna contra la COVID-19.

### **¿QUIÉN DEBERÍA RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA?**

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

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

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

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

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

La vacuna contra la COVID-19 de Moderna contiene los siguientes componentes: ácido ribonucleico mensajero (ARNm), lípidos (SM-102, polietilenglicol [PEG] 2000 dimiristoil glicerol [DMG], colesterol y 1,2-diestearoil-sn-glicero-3-fosfocolina [DSPC]), trometamina, clorhidrato de trometamina, ácido acético, acetato de sodio trihidratado y sacarosa.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Existe una posibilidad remota de que la vacuna contra la COVID-19 de Moderna pueda causar una reacción alérgica grave. Una reacción alérgica grave normalmente ocurriría en el lapso de unos minutos a una hora después de recibir una dosis de la vacuna contra la COVID-19 de Moderna. Por este motivo, el proveedor de vacunación podría pedirle que permanezca en el lugar donde recibió la vacuna para supervisarlos después de la vacunación. Los signos de una reacción alérgica grave pueden incluir:

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

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

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

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

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

Los efectos secundarios que se han notificado durante el uso posterior a la autorización con

respecto a la vacuna contra la COVID-19 de Moderna incluyen los siguientes:

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

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

### **¿QUÉ DEBO HACER SI TENGO EFECTOS SECUNDARIOS?**

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

Llame al proveedor de vacunación o a su proveedor de atención médica si tiene algún efecto secundario que le molesta o no desaparece.

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

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

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

### **¿QUÉ OCURRE SI DECIDO NO RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA?**

Recibir o no la vacuna contra la COVID-19 de Moderna es decisión suya. Si decidiera no recibirla, esto no modificará su atención médica habitual.

### **¿EXISTEN OTRAS OPCIONES DISPONIBLES PARA PREVENIR LA COVID-19 ADEMÁS DE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA?**

Actualmente, no hay disponible ninguna vacuna alternativa aprobada por la FDA para la prevención de la COVID-19. Es posible que se disponga de otras vacunas para prevenir la COVID-19 en virtud de la autorización de uso de emergencia.



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

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

### **¿QUÉ OCURRE SI ESTOY EMBARAZADA O EN PERÍODO DE LACTANCIA?**

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

### **¿LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA ME HARÁ CONTRAER COVID-19?**

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


### **CONSERVE SU TARJETA DE VACUNACIÓN**

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

### **INFORMACIÓN ADICIONAL**

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

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

<b>Sitio web de la vacuna contra la COVID-19 de Moderna</b>	<b>Número de teléfono</b>
<a href="http://www.modernatx.com/covid19vaccine-eua">www.modernatx.com/covid19vaccine-eua</a> 	1-866-MODERNA (1-866-663-3762)

### **¿CÓMO PUEDO OBTENER MÁS INFORMACIÓN?**

- Pregunte al proveedor de vacunación.
- Visite el sitio web de los CDC en <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>.
- Visite el sitio web de la FDA en <https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/mcm-legal-regulatory-and-policy-framework/emergency-use-authorization>.
- Comuníquese con su Departamento de Salud Pública local o estatal.

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

El proveedor de vacunación puede incluir su información de vacunación en el Sistema de información de inmunización (Immunization Information System, IIS) de su jurisdicción local/estatal u otro sistema designado. Esto garantizará que reciba la misma vacuna cuando

regrese para la segunda dosis. Para obtener más información sobre el IIS, visite:  
<https://www.cdc.gov/vaccines/programs/iis/about.html>.

### **¿SE ME PUEDE COBRAR UN HONORARIO DE ADMINISTRACIÓN POR RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA COVID-19?**

No. En este momento, el proveedor no puede cobrarle por una dosis de la vacuna, y no se le puede cobrar un honorario de administración de la vacuna de su bolsillo ni ningún otro cargo si solo recibe la vacunación contra la COVID-19. Sin embargo, los proveedores de vacunación pueden solicitar el reembolso correspondiente por parte de un programa o plan que cubra los honorarios de administración de la vacuna contra la COVID-19 para el receptor de la vacuna (seguro privado, Medicare, Medicaid, Programa de COVID-19 para personas no aseguradas de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA) para receptores que no tienen seguro).

### **¿DÓNDE PUEDO NOTIFICAR LOS CASOS DE SOSPECHA DE FRAUDE?**

Se alienta a las personas que tengan conocimiento de cualquier posible infracción de los requisitos del Programa de vacunación contra la COVID-19 de los CDC a notificarlos a la Oficina del Inspector General, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., al 1-800-HHS-TIPS o TIPS.HHS.GOV.

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

El Programa de compensación por daños causados por contramedidas (Countermeasures Injury Compensation Program, CICP) es un programa federal que puede ayudar a pagar los costos relacionados con la atención médica y otros gastos específicos de determinadas personas que han sufrido daños graves a causa de ciertos medicamentos o vacunas, incluida esta vacuna. En general, se debe presentar un reclamo al CICP en el plazo de un (1) año desde la fecha de recepción de la vacuna. Para obtener más información acerca de este programa, visite [www.hrsa.gov/cicp/](http://www.hrsa.gov/cicp/) o llame al 1-855-266-2427.

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

La FDA de los Estados Unidos ha permitido que la vacuna contra la COVID-19 de Moderna esté disponible en virtud de un mecanismo de acceso de emergencia denominado EUA. La EUA está respaldada por una declaración del secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) de que existen circunstancias para justificar el uso de emergencia de fármacos y productos biológicos durante la pandemia de COVID-19.

La vacuna contra la COVID-19 de Moderna no se ha sometido al mismo tipo de revisión que un producto aprobado o autorizado por la FDA. La FDA puede emitir una EUA cuando se cumplen determinados criterios, lo que incluye que no existan alternativas aceptables, aprobadas y disponibles. Además, la decisión de la FDA se basa en la totalidad de la evidencia científica disponible que muestra que el producto puede ser eficaz para prevenir la COVID-19 durante la pandemia de COVID-19 y que los beneficios conocidos y potenciales del producto superan sus riesgos conocidos y potenciales. Todos estos criterios deben cumplirse para permitir el uso del producto durante la pandemia de COVID-19.

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

Moderna US, Inc.  
Cambridge, MA 02139

©2021 ModernaTX, Inc. Todos los derechos reservados.

Patente(s): [www.modernatx.com/patents](http://www.modernatx.com/patents)

Revisado: Jun/24/2021



Escanee para registrar la entrega de esta hoja informativa al receptor de la vacuna en los registros médicos electrónicos/sistemas de información de inmunización.

Fecha del código de barras: 04/2021

La FDA ofrece esta traducción como un servicio para un amplio público internacional. Esperamos que encuentre útil esta traducción. Mientras que la agencia ha tratado de obtener una traducción lo más fiel posible a la versión en inglés, reconocemos que la versión traducida podría no ser tan precisa, clara o completa como la versión en inglés. La versión oficial de este documento es la versión en inglés.