

Certificación: elegibilidad para dosis adicional o de refuerzo de la vacuna COVID-19

Para los que ya han recibido dos dosis de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer o Moderna

Debes certificar que eres elegible para una dosis adicional o de refuerzo luego de haber recibido las series iniciales de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer o Moderna.

- Para los pacientes que acrediten la elegibilidad para recibir dosis adicionales, **no es necesario que identifiquen su condición o diagnóstico**. Debes ser mayor de 18 años para recibir una dosis de refuerzo o adicional (la dosis adicional de Pfizer está autorizada para mayores de 12 años). Ten en cuenta que las dosis de refuerzo para quienes ya recibieron la vacuna de Pfizer y Moderna se deben administrar al menos 6 meses después de la segunda dosis y la dosis de refuerzo para quienes recibieron la vacuna de Janssen debe administrarse al menos 2 meses después de la dosis inicial. Las dosis adicionales de Pfizer y Moderna para pacientes inmunocomprometidos pueden administrarse 28 días después de haber recibido su última dosis.

Certifico que he recibido dos dosis de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer o Moderna. Si has recibido una dosis de la vacuna contra el COVID-19 de Johnson & Johnson (Janssen), NO LLENES ESTE FORMULARIO. Eres elegible para recibir una dosis de refuerzo 2 meses después de haber recibido tu dosis previa.	SÍ <input type="checkbox"/>
Criterios elegibles para dosis adicionales de Pfizer y Moderna	¿Eres elegible para la dosis adicional?
<p>Para ser elegible, debes cumplir al menos uno de los criterios siguientes que indican un estado de inmunocompromiso moderado a grave. Si es así, marca la casilla a la derecha.</p> <ul style="list-style-type: none">• Tratamiento intensivo de tumores sólidos y neoplasias hematológicas• Trasplante de órgano sólido y terapia inmunosupresora• Trasplante de células CAR-T o de células madre hematopoyéticas (en los 2 años siguientes al trasplante o tomando terapia inmunosupresora)• Inmunodeficiencia primaria moderada o grave (v.gr.: síndromes de DiGeorge o Wiskott-Aldrich)• Infección por el VIH avanzada o no tratada• Tratamiento activo con dosis altas de corticosteroides (v.gr.: ≥ 20 mg de prednisona o su equivalente al día), agentes alquilantes, antimetabolitos, fármacos inmunosupresores relacionados con el trasplante, agentes quimioterapéuticos para el cáncer clasificados como gravemente inmunosupresores, bloqueadores del TNF y otros agentes biológicos inmunosupresores o inmunomoduladores• Condiciones crónicas asociadas a diversos grados de déficit inmunitario; como asplenia, anemia falciforme y enfermedad renal crónica• Otras condiciones crónicas diagnosticadas con un nivel equivalente de inmunocompromiso moderado a grave	SÍ <input type="checkbox"/>

Si no cumples con ninguno de los criterios anteriores, NO eres elegible para la dosis adicional de la vacuna de Pfizer o Moderna en este momento. Revisa los criterios para determinar si una dosis de refuerzo es apropiada para ti.

Criterios elegibles para dosis de refuerzo de Pfizer y Moderna	¿Eres elegible para la dosis de refuerzo?
<p>Si cumples al menos uno de los criterios siguientes, marca la casilla a la derecha.</p> <ul style="list-style-type: none">• Personas mayores de 65 años deben recibir una dosis de refuerzo• Personas mayores de 18 años que residen en centros de cuidados a largo plazo deben recibir una dosis de refuerzo• Pacientes de 50 a 64 años con condiciones médicas subyacentes* deben recibir una dosis de refuerzo• Pacientes de 18 a 49 años con condiciones médicas subyacentes* pueden recibir una dosis de refuerzo considerando los beneficios y riesgos individuales• Pacientes de 18 a 64 años que corren un mayor riesgo de exposición y transmisión del COVID-19 debido a su entorno laboral o institucional pueden recibir una dosis de refuerzo considerando los beneficios y riesgos individuales <p>*Ejemplos de condiciones médicas subyacentes son el embarazo/embarazo reciente, la diabetes, las enfermedades crónicas de riñón, hígado, pulmón u otras</p>	SÍ <input type="checkbox"/>

Si no cumples con ninguno de los criterios anteriores, NO eres elegible para la dosis de refuerzo de la vacuna COVID-19.

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

Firma _____