

# Paquete de Registro

## Programa de Vacunación COVID-19

Mesquite, Virgin Valley y The Arizona Strip



### ¡Gracias Por Su Interés en Vacunarse Contra COVID-19!

#### Este Paquete Incluye los Siguietes Elementos:

- ✓ Hoja informativa para destinatarios y cuidadores sobre la vacuna Moderna COVID-19 para personas mayores de 18 años
- ✓ Descripción de la APP para teléfonos inteligentes V-Safe: si está interesado en el control de la salud
- ✓ Formulario# 1: Registro de administración de la vacuna COVID-19 y consentimiento informado
- ✓ Formulario# 2: Informe de administración de COVID-19 agregado de Red Cap

## CÓMO HACER UNA CITA PARA LA VACUNA:

Para Conocer la Forma Más Rápida de Programar Una Cita:

[vaccinatemesquitenv.org](http://vaccinatemesquitenv.org)

Luego Siga Estos Pasos:

- A** Por Favor Revise la Hoja de Datos de Moderna - Si Tiene Preguntas Sobre Medical Condiciones o Medicamentos: Pregunte a Su Proveedor de Atención Primaria
- B** Seleccione y Confirme el Día y la Franja Horaria de Su Cita
- C** Imprima y Complete Las Dos Formas: # 1 y # 2 del Paquete en Línea y Llévelos Con Usted Unos Minutos Antes de su Cita
- D** Planee esperar de 15 a 30 minutos después de la Inyección Antes de Salir Del Lugar de Vacunación
- E** Para Aquellos Que no Tienen Una Impresora de Computadora, los Paquetes Están Disponibles en Dos Locaciones: la Entrada a la Sala de Emergencias del Hospital Mesa View y el City Hall
- F** También Hay Ayuda Disponible Llamando al: 702-346-8446, o en Persona en el City Hall: Lunes-Jueves, 7:30am - 5:00pm y Viernes 7:30am - 11:30am



**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 CORONA VIRUS 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 ayudarle 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**

### **¿QUE 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, dificultad para respirar, 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.

### **¿QUE 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;
- 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.

### **¿CUALES 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-fosfolina [DSPC]), trometamina, clorhidrato de trometamina, ácido acético, acetato de sodio y sacarosa.

### **¿COMO 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.

## **¿CUALES 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.

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

Los efectos secundarios que se han notificado 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.

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

Es posible que 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.

Informe 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 informarlos 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 supervisar 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.

### **¿QUE 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.

### **¿LAVACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA ME HARA 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 DEV ACUNACION

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 numero de telefono que se indica a continuación.

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

Moderna COVID-19 Vaccine website	Telephone number
<a href="http://www.modernatx.com/covid19vaccine-eua">www.modernatx.com/covid19vaccine-eua</a> 	1-866-MODERNA (1-866-663-3762)

## ¿COMO 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 DEV ACUNACIÓN?

El proveedor de vacunación puede incluir su información de vacunación en el Sistema de información de inmunización (Immunization Information System, ITS) 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>.

## ¿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 este 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.

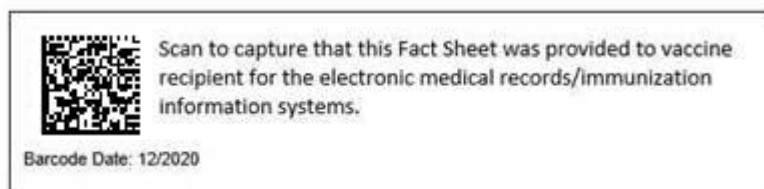
La vacuna contra la COVID-19 de Moderna no se ha sometido al mismo tipo de revisión que un producto aprobado o autorizado por la FDA. La FDA puede emitir una EUA cuando se cumplen determinados criterios, lo que incluye que no existan alternativas aceptables, aprobadas y disponibles. Además, la decisión 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 medicamento 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 sobre la COVID-19 de la EUA 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).

©2020 ModernaTX, Inc. Todos los derechos reservados.

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

Revisado: 12/2020



Revisado: 12/2020



# ***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.



**v-safe**<sup>SM</sup>  
verificador de salud  
después de la vacunación

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



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



Apunte la cámara de su teléfono inteligente a este código



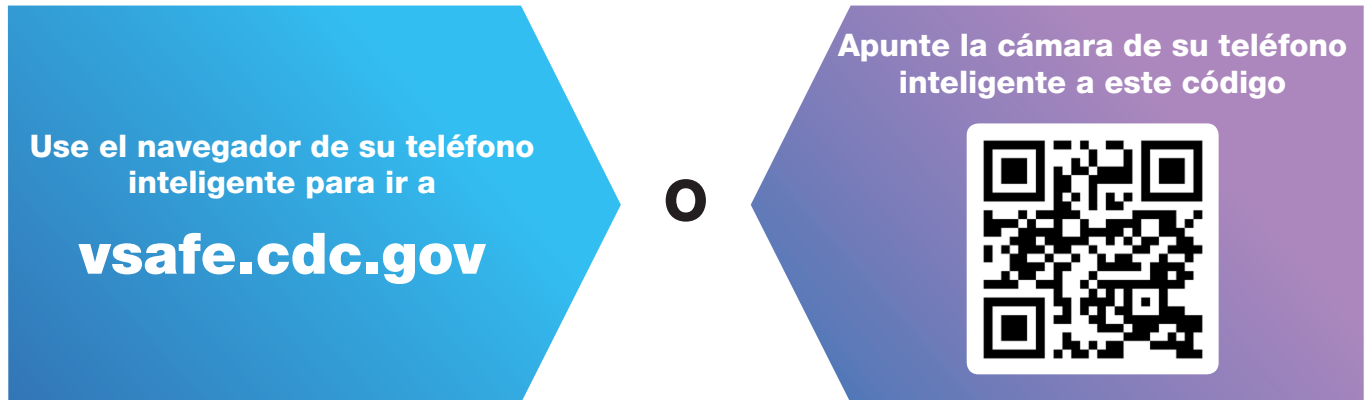


# Cómo inscribirse y usar v-safe

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

## Inscríbese

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



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

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

## Complete el chequeo de salud de v-safe

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

## Resolución de problemas

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

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

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

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

### ¿Necesita ayuda con v-safe?

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

Línea TTY: 888-232-6348

Abierta 24 horas al día, 7 días a la semana

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





Nombre del Padente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial Mes/Día/Año

Dirección: \_\_\_\_\_  
# APT CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Teléfono: \_\_\_\_\_ Género:  Femenino  Masculin Transgénero:  Mujer a Hombre  Hombre a Mujer

Idioma con el que se siente más cómodo hablar: \_\_\_\_\_ ¿Necesita Intérprete?  Si  No

¿Tiene problemas de audición o necesita un intérprete de lenguaje de señas?  Si  No

Contacto de emergencia del paciente: (solo para emergencias, como desmayo o necesidad de ser llevado a un hospital)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

Por favor responda las preguntas a continuación para ayudarnos a determinar si hay alguna razón por la cual no debería recibir la vacuna del COVID-19 hoy.

ES USTED LA PERSONA QUE RECIBIRA LA VACUN HOY:	Si	No	No Se
1. ¿Se siente enfermo hoy?			
2. ¿Alguna vez recibió la vacuna de COVID antes? Si la respuesta es sí, ¿qué producto? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Otra			
3. Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algo? Por ejemplo, ¿una reacción por la que fue tratado con epinefrina o EpiPen® o que tuvo ue ir al hospital?			
• ¿Fue la reacción alérgica grave después de recibir una vacuna COVID-19?			
• ¿Fue la reacción alérgica grave después de recibir otra vacuna o medicamento inyectable?			
4. ¿Recibió terapia con anticuerpos pasivos (anticuerpos monoclonales o suero de convalencia) como tratamiento para COVID-19?			
5. ¿Recibió alguna otra vacuna en los últimos: 30 días?			
6. ¿Alguna vez tuvo una prueba positiva de COVID-19 o un médico le dijo que tenía COVID-19?			
7. ¿Tiene un sistema inmunológico debilitado por causa de algo como una infección por VIH o cáncer o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras?			
8. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?			
9. PARA MUJERES de 9 años o más: ¿Está embarazada o amamantando?			

**Consentimiento Informado:** Yo respondí todas las preguntas correctamente de acuerdo con mi mejor conocimiento. He leído o me han de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y solicito que se me administre a mi o a la persona nombrada anteriormente, por quien estoy autorizado a realizar esta solicitud. Yo respondí todas las preguntas correctamente de acuerdo con mi mejor conocimiento.

**RECONOZCO QUE HAN HECHO DISPONIBLE PARA MI UNA COPIA DE LA NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIADAD.**

FIRMA: Dosis 1: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Yo  Padre/Tutor

Body Temp. Dosis: 1 \_\_\_\_\_

Vaccine	Date Given	Dose #	MFG & Lot #	Site	Route	EUA/VIS Date	Administered & Reviewed by:
COVID-19		1		LA RA	IM		

NV Web IZ Record # \_\_\_\_\_ Data Entry by (Initials): \_\_\_\_\_

Body Temp. Dosis: 2 \_\_\_\_\_

Vaccine	Date Given	Dose #	MFG & Lot #	Site	Route	EUA/VIS Date	Administered & Reviewed by:
COVID-19		2		LA RA	IM		

NV Web IZ Record # \_\_\_\_\_ Data Entry by (Initials): \_\_\_\_\_

FIRMA: Dosis 2: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Yo  Padre/Tutor

Nombre de la persona que recibe la vacuna: \_\_\_\_\_

¿Tiene 75 años o más?  Sí  No**Etnicidad***Por favor, marque todas las casillas que apliquen*

- Hispano o latino
- No hispano o no latino
- Desconocido – Hispano o Latino o No Hispano o No Latino

 Dosis #1 Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021 Dosis #2 Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021**Raza***Por favor, marque todas las casillas que apliquen*

- Asiático
- Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico
- Otro o Mixto
- Negro
- Blanco
- Desconocido

**Grupos de personal***Por favor, marque el grupo de personal que mejor le describa:*

- Personal de atención médica de primera línea (Configuración del hospital de cuidado agudo)
- Personal de atención médica en un centro de atención a largo plazo – o –  Residente en un centro de cuidado a largo plazo
- Personal de atención médica de primera línea (configuración hospitalaria psiquiátrica/abuso de sustancias)
- Personal de Servicio Médico de Emergencia (EMS)
- Personal de Salud Pública de primera línea
- Trabajadores de laboratorio
- Farmacéuticos / Técnicos Farmacéuticos
- Personal de salud (configuración ambulatoria, incluye dentistas, optometristas, etc.)
- Personal de atención médica en el hogar
- Personal del Departamento de Correcciones de Nevada / Personal del Centro de Detención Juvenil
- Personal de primera línea de la ley (incluye departamentos de policía, oficinas del alguacil y patrulla de carreteras NV)
- Personal del Centro Estatal de Operaciones de Emergencia
- Voluntarios de POD/SERV NV
- Otro personal de primera línea (especificar la categoría del grupo de prioridad): \_\_\_\_\_
- Personal de Educación Primaria y Secundaria – o –  Personal de Educación Superior
- Personal de cuidado de niños
- Personal esencial de transporte público
- Personal de Agricultura y Procesamiento de Alimentos
- Essential Retail Workforce (incluye supermercados, grandes tiendas, gasolineras y paradas para camiones)
- Fuerza de trabajo de logística y cadena de suministro (incluye almacén, almacenamiento y distribución, mensajería, entrega, mensajeros, servicios postales, transporte de camiones y comerciantes mayoristas)
- Servicios públicos y la fuerza de trabajo de comunicación (incluye autoridades de agua, gas natural, Internet, teléfono, electricidad, noticias, radio, periódicos, recogida y eliminación de residuos)
- Departamento de Transporte de Nevada Personal / Personal de Trabajo En Carretera Local o Personal de Apoyo Comunitario (incluye bancos de alimentos, Bienestar, WIC, Departamento de Empleo, Capacitación y Rehabilitación, División de Servicios para Niños y Familias)
- Personal de Operación Aeroportuaria
- Fuerza de trabajo de la institución de crédito depositaria (incluye bancos comerciales, cooperativas de crédito y servicios de automóviles blindados)
- Servicios de la funeraria
- Personal de salud pública restante (incluye rastreadores de contactos, programas de inmunización y salud pública, autoridades reguladoras, etc.)
- Otro personal esencial (incluye tribunales de justicia, libertad condicional juvenil, sentencias alternativas, etc.)
- Internos del Departamento de Corrección de Nevada (NDOC)
- Ninguno de los anteriores \_\_\_\_\_

**Condiciones de salud subyacentes***Por favor, marque todas las condiciones de salud subyacentes aplicable:*

- Cáncer
- Enfermedad hepática crónica
- Obesidad (IMC 30 o superior)
- Diabetes Mellitus tipo 2
- Enfermedad Cerebrovascular
- Hipertensión o presión arterial alta
- Fibrosis pulmonar
- Estado inmunocomprometidos (trasplante de médula ósea, deficiencias inmunitarias del VIH, uso de corticoesteroides o uso de otros medicamentos de debilitamiento inmune)
- Estado inmunocomprometidos por trasplante de órganos sólidos
- Otras condiciones preexistentes
- Síptoma renal crónica
- Síptoma pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Síptoma de células falciformes
- Asma (de moderada a grave)
- Fibrosis escéptica escéptica
- Afecciones neurológicas