



# AUTODECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA DOSIS ADICIONALES Y DOSIS DE REFUERZO

## PARA LAS PERSONAS QUE TIENEN UN SISTEMA INMUNOLÓGICO DE MODERADA A GRAVEMENTE DEBILITADO QUE YA HAN RECIBIDO 2 DOSIS DE LA VACUNA PFIZER O MODERNA

Si cumple con [los requisitos](#) descritos por los CDC, se recomienda que reciba una tercera dosis de una vacuna de ARNm (Pfizer o Moderna) al menos 28 días después de su segunda dosis de vacuna. Cuando sea posible, debe recibir la misma vacuna. Por ejemplo, si recibió una serie de vacunas Pfizer, intente obtener una vacuna Pfizer para su tercera dosis.

**Hable con su médico si necesita recibir una dosis adicional de la vacuna contra el COVID-19. Si necesita una tercera dosis, pregunte cuál es el mejor momento basado en su plan de tratamiento actual.** Esto es especialmente importante si está a punto de comenzar o recomenzar UN tratamiento inmunosupresor.

AUTODECLARACION DE ELEGIBILIDAD	
<input type="checkbox"/>	<i>Yo declaro que estoy inmunodeprimido y soy elegible para una tercera dosis de vacuna según los requisitos a continuación.</i>

Recibí una segunda dosis de la vacuna Moderna o Pfizer por lo menos hace 28 días, Y:

- Actualmente estoy recibiendo tratamiento contra el cáncer para tumores o cánceres de la sangre, O
- Actualmente estoy recibiendo tratamiento con corticosteroides en dosis altas u otros medicamentos que reprimen mi respuesta inmunitaria, O
- Recibí un trasplante de órgano y estoy tomando medicamentos para reprimir mi sistema inmunológico, O
- Recibí un trasplante de células madre en los últimos 2 años o estoy tomando medicamentos para reprimir mi sistema inmunológico, O
- Tengo inmunodeficiencia primaria moderada o grave (como el síndrome de DiGeorge, el síndrome de Wiskott-Aldrich), O
- Tengo una infección de VIH avanzada o no tratada.

Nombre: \_\_\_\_\_ Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Para obtener más información, consulte la hoja informativa de [Moderna](#) o [Pfizer](#) para receptores y cuidadores y la página web de los CDC, [Vacunas contra el COVID-19 para personas que están moderadamente o gravemente inmunodeprimidas](#).

***NOTE: Consulte la página 2 para obtener información sobre la dosis de refuerzo de Pfizer.***



# AUTODECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA DOSIS ADICIONALES Y DOSIS DE REFUERZO

## PERSONAS QUE SON ELEGIBLES PARA UNA DOSIS DE REFUERZO DE LA VACUNA PFIZER

AUTODECLARACION DE ELEGIBILIDAD	
<input type="checkbox"/>	<i>Yo declaro que soy elegible para una dosis de refuerzo de la vacuna de acuerdo con los requisitos a continuación.</i>

Recibí una segunda dosis de la vacuna Pfizer COVID-19 por lo menos hace 6 meses, Y

- Tengo 65 años o más, O
- Vivo en un centro de cuidado a largo plazo, O
- Tengo entre 18 y 64 años y tengo un mayor riesgo de exposición y transmisión de COVID-19 debido a mi ambiente laboral o institucional, O
- Tengo entre 18 y 64 años y tengo una de las siguientes condiciones médicas existentes
  - ✓ Cáncer
  - ✓ Enfermedad renal crónica
  - ✓ Enfermedad pulmonar crónica, incluida la EPOC (sigla de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica), asma (moderada a grave), enfermedad pulmonar intersticial, fibrosis quística e hipertensión pulmonar
  - ✓ Demencia u otras afecciones neurológicas
  - ✓ Diabetes (tipo 1 o tipo 2)
  - ✓ Síndrome de Down
  - ✓ Condiciones cardíacas (como insuficiencia cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias, miocardiopatías o hipertensión)
  - ✓ Infección del VIH
  - ✓ Estado inmunodeprimido (sistema inmunológico debilitado)
  - ✓ Enfermedad hepática
  - ✓ Sobrepeso u obesidad (índice de masa corporal (IMC) superior a 25 kg/m2)
  - ✓ Embarazada y recién embarazada (durante al menos 42 días después del final del embarazo)
  - ✓ Enfermedad de células falciformes o talasemia
  - ✓ Fumador, actual o anterior
  - ✓ Trasplante de órganos sólidos o células madre sanguíneas
  - ✓ Accidente cerebrovascular o enfermedad cerebrovascular, que afecta el flujo sanguíneo al cerebro
  - ✓ Trastorno por uso de sustancias

Nombre: \_\_\_\_\_ Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Si tiene una condición que no está en la lista o tiene preguntas sobre los riesgos y beneficios de la dosis de refuerzo, hable con su médico. Para obtener más información, consulte la Hoja de Datos de [Pfizer](#) para receptores y cuidadores y la página web de los CDC [Vacunas contra el COVID-19](#).