



**HOJA INFORMATIVA PARA RECEPTORES Y CUIDADORES SOBRE LAVACUNA
COMIRNATY (VACUNA DE ARNm CONTRA EL COVID-19)
Y LA VACUNA PFIZER-BIONTECH COVID-19 PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD DEL
CORONAVIRUS 2019 (COVID-19)**

Se le está ofreciendo COMIRNATY (vacuna de ARNm contra el COVID-19) o la vacuna Pfizer BioNTech COVID-19 para prevenir la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID 19) causada por el SARS-CoV-2.

Esta hoja informativa sobre la vacuna para receptores y cuidadores contiene la hoja informativa sobre la vacuna autorizada Pfizer-BioNTech COVID-19, y también incluye información sobre la vacuna aprobada por la FDA, COMIRNATY (vacuna de ARNm contra el COVID-19).

La vacuna COMIRNATY (vacuna de ARNm contra el COVID-19), aprobada por la FDA, y la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19, autorizada por la FDA bajo la Autorización de Uso de Emergencia (EUA, por sus siglas en inglés), tienen la misma formulación y pueden utilizarse indistintamente para proporcionar las dosis de la serie de vacunación primaria contra el COVID-19 o una dosis de refuerzo. [1]

COMIRNATY (vacuna de ARNm contra el COVID-19) es una vacuna contra el COVID-19 aprobada por la FDA y fabricada por Pfizer para BioNTech. Está aprobada como una serie de 2 dosis para la prevención del COVID-19 en personas de 16 años o más. También está autorizada bajo la EUA para proporcionar:

- **una serie primaria de dos dosis a personas de 12 a 15 años;**
- **una tercera dosis de la serie primaria a las personas de 12 años o más que se haya determinado que están inmunocomprometidos; y**
- **una única dosis de refuerzo a las siguientes personas que hayan completado una serie primaria con la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 o COMIRNATY a personas de:**
 - **65 años o más**
 - **18 a 64 años con alto riesgo de COVID-19 grave**
 - **18 a 64 años con exposición institucional o laboral frecuente al SARS-CoV-2**
- **una única dosis de refuerzo a las personas elegibles que hayan completado la vacunación primaria con una vacuna contra el COVID-19 diferente autorizada. La elegibilidad y el calendario de la dosis de refuerzo se basan en la información de la etiqueta de la vacuna utilizada para la serie primaria.**

La vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 ha recibido una EUA de la FDA para proporcionar:

- **una serie primaria de dos dosis a las personas de 12 años o más;**
- **una tercera dosis de la serie primaria a las personas de 12 años o más que se haya determinado que están inmunocomprometidos; y**

[1] La vacuna aprobada tiene la misma formulación que la vacuna autorizada bajo la EUA, y los productos pueden utilizarse indistintamente para proporcionar las dosis para la vacunación primaria o una dosis de refuerzo sin presentar ningún problema de seguridad o eficacia. Los productos son legalmente distintos, con ciertas diferencias que no afectan a la seguridad ni a la eficacia.

- una única dosis de refuerzo a las siguientes personas que hayan completado una serie primaria con la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 o COMIRNATY a personas de:
 - 65 años o más
 - 18 a 64 años con alto riesgo de COVID-19 grave
 - 18 a 64 años de edad con exposición institucional o laboral frecuente al SARS-CoV-2
 - una única dosis de refuerzo a las personas elegibles que hayan completado la vacunación primaria con una vacuna COVID-19 diferente autorizada. La elegibilidad y el calendario de la dosis de refuerzo se basan en la información de la etiqueta de la vacuna utilizada para la serie primaria.
-

Esta hoja informativa sobre la vacuna contiene información para ayudarle a entender los riesgos y beneficios de la vacuna COMIRNATY (vacuna de ARNm contra el COVID-19) y de la vacuna Pfizer BioNTech COVID-19, que puede recibir porque actualmente existe una pandemia del COVID-19. Hable con su proveedor de vacunas si tiene preguntas.

Esta hoja informativa puede haber sido actualizada. Para la hoja informativa más reciente, por favor consulte <https://www.cvdvaccine.com/es>.

LO QUÉ DEBE SABER ANTES DE RECIBIR ESTA VACUNA

¿QUÉ ES EL COVID-19?

La enfermedad del COVID-19 es causada por un coronavirus llamado SARS-CoV-2. Usted puede contraer el COVID-19 a través del contacto con otra persona que tenga el virus. Es una enfermedad predominantemente respiratoria que puede afectar a otros órganos. Las personas con el COVID-19 han tenido una amplia gama de síntomas reportados, desde síntomas leves hasta la enfermedad grave que lleva a la muerte. Los síntomas pueden aparecer de 2 a 14 días después de la exposición al virus. Los síntomas pueden incluir: fiebre o escalofríos; tos; falta de aliento; fatiga; dolores musculares o corporales; dolor de cabeza; nueva pérdida del gusto o del olfato; dolor de garganta; congestión o secreción nasal; náuseas o vómitos; diarrea.

¿QUÉ ES COMIRNATY (VACUNA DE ARNm CONTRA EL COVID-19) Y CÓMO SE RELACIONA CON LA VACUNA PFIZER BIONTECH COVID-19?

La vacuna COMIRNATY (vacuna de ARNm contra el COVID-19) y la vacuna Pfizer BioNTech COVID-19 tienen la misma formulación y pueden utilizarse indistintamente para proporcionar las dosis para la vacunación primaria contra el COVID-19 o una dosis de refuerzo.¹

Para obtener más información sobre la EUA, consulte la sección "**¿Qué es una autorización de uso de emergencia (EUA, por sus siglas en inglés)?**" al final de esta hoja informativa.

¿QUÉ DEBE MENCIONARLE A SU PROVEEDOR DE VACUNAS ANTES DE RECIBIR LA VACUNA?

Informe al proveedor de la vacuna sobre todas sus condiciones médicas, incluyendo si usted:

- tiene alguna alergia
- ha tenido miocarditis (inflamación del músculo cardíaco) o pericarditis (inflamación del revestimiento exterior del corazón)
- tiene fiebre
- tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante

- está inmunocomprometido o está tomando un medicamento que afecta a su sistema inmunológico
- está embarazada o planea quedar embarazada
- está amamantando
- ha recibido otra vacuna contra el COVID-19
- se ha desmayado alguna vez en relación con una inyección

¿CÓMO SE ADMINISTRA LA VACUNA?

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

Serie primaria: La vacuna se administra en una serie de 2 dosis, con un intervalo de 3 semanas. Puede administrarse una tercera dosis de la serie primaria al menos 4 semanas después de la segunda dosis a las personas que se determine que están inmunocomprometidos.

Dosis de refuerzo:

- Puede administrarse una única dosis de refuerzo de la vacuna al menos 6 meses después de la finalización de la serie primaria a personas de:
 - mayores de 65 años
 - 18 a 64 años con alto riesgo de COVID-19 grave
 - 18 a 64 años con exposición institucional o laboral frecuente al SARS-CoV-2
- Puede administrarse una única dosis de refuerzo de la vacuna a determinadas personas que hayan completado la vacunación primaria con otra vacuna contra el COVID-19 autorizada. Por favor, consulte con su proveedor de atención médica sobre la elegibilidad y cuando debe administrarse la dosis de refuerzo.

Es posible que la vacuna no proteja a todas las personas.

¿QUIÉN NO DEBE RECIBIR LA VACUNA?

Usted no debe recibir la vacuna si:

- tuvo una reacción alérgica severa después de una dosis previa de esta vacuna
- tuvo una reacción alérgica severa a cualquier ingrediente de esta vacuna

¿CUÁLES SON LOS INGREDIENTES DE LA VACUNA?

La vacuna incluye los siguientes ingredientes: ARNm, lípidos ((4-hidroxiutil) azanodiil) bis(hexano-6,1-diil) bis(2-hidroldecanoato), 2 [(polietilenglicol)-2000]-N,N-ditetradecilacetamida, 1,2-distearoil-sn-glicero-3-fosfocolina y colesterol), cloruro de potasio, fosfato monobásico de potasio, cloruro de sodio, fosfato dibásico de sodio dihidratado y sacarosa.

¿SE HA UTILIZADO ANTES LA VACUNA?

Sí. En los estudios clínicos, aproximadamente 23,000 personas de 12 años o más han recibido al menos una dosis de la vacuna. Los datos de estos estudios clínicos apoyaron la Autorización de Uso de Emergencia de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 y la aprobación de COMIRNATY (vacuna de ARNm contra el COVID-19). Millones de personas han recibido la vacuna bajo la EUA desde el 11 de diciembre de 2020.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE LA VACUNA?

Se ha demostrado que la vacuna previene el COVID-19.

Actualmente se desconoce la duración de la protección contra el COVID-19.

¿CUÁLES SON LOS RIESGOS DE LA VACUNA?

Hay una remota posibilidad de que la vacuna pueda causar una reacción alérgica grave. Una reacción alérgica grave suele ocurrir entre unos minutos y una hora después de recibir una dosis de la vacuna. Por esta razón, su proveedor de vacunas puede pedirle que permanezca en el lugar donde recibió la vacuna para vigilarlo después de la vacunación. Los signos de una reacción alérgica grave pueden incluir:

- Dificultad para respirar
- Hinchazón de la cara y la garganta
- Latido cardíaco rápido
- Sarpullido severo en todo el cuerpo
- Mareos y debilidad

En algunas personas que han recibido la vacuna se han presentado casos de miocarditis (inflamación del músculo cardíaco) y pericarditis (inflamación del revestimiento exterior del corazón). En la mayoría de estas personas, los síntomas comenzaron a los pocos días de recibir la segunda dosis de la vacuna. 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:

- Dolor en el pecho
- Dificultad para respirar
- Sensación de tener el corazón acelerado, agitado o palpitando.

Los efectos secundarios que se han reportado con la vacuna incluyen:

- reacciones alérgicas graves
- reacciones alérgicas no graves como erupción, comezón, urticaria o hinchazón de la cara
- miocarditis (inflamación del músculo cardíaco)
- pericarditis (inflamación del revestimiento exterior del corazón)
- dolor en el lugar de la inyección
- cansancio
- dolor de cabeza
- dolor muscular
- escalofríos
- dolor en las articulaciones
- fiebre
- hinchazón del lugar de la inyección
- enrojecimiento del lugar de la inyección
- náuseas
- sentirse mal
- ganglios linfáticos inflamados (linfadenopatía)
- diarrea
- vómitos
- dolor en el brazo
- desmayos asociados a la inyección de la vacuna

Puede que estos no sean todos los posibles efectos secundarios de la vacuna. Pueden ocurrir efectos secundarios serios e inesperados. Los posibles efectos secundarios de la vacuna todavía se están analizando en estudios clínicos.

¿QUÉ DEBO HACER CON RESPECTO A LOS EFECTOS SECUNDARIOS?

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

Llame al proveedor de la vacuna o a su proveedor de atención médica si tiene algún efecto secundario que le moleste o que no desaparezca.

Reporte los efectos secundarios de la vacuna al **Sistema de Reporte de Eventos Adversos de Vacunas de la FDA/los CDC (VAERS, por sus siglas)**. El número gratuito del VAERS es 1-800-822-7967 o envíe un reporte en línea a <https://vaers.hhs.gov/reporteventSpanish.html>. Por favor, incluya “Vacuna COMIRNATY (vacuna de ARNm contra el COVID-19)” o “Vacuna PFIZER-BIONTECH COVID-19” en la primera línea del cuadro #18 del formulario del informe. Además, puede reportar los efectos secundarios a Pfizer Inc. a la información de contacto que se proporciona a continuación.

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

También se le puede dar la opción de inscribirse en v-safe. V-safe es una nueva herramienta voluntaria basada en un teléfono inteligente que utiliza mensajes de texto y encuestas en Internet para consultar con las personas que han sido vacunadas para identificar los posibles efectos secundarios después de la vacunación contra el COVID-19. V-safe hace preguntas que ayudan a los CDC a vigilar la seguridad de las vacunas contra el COVID-19. V-safe también proporciona recordatorios de la segunda dosis si es necesario, y un seguimiento telefónico en vivo por parte de los CDC si los participantes reportan un impacto significativo en la salud después de la vacunación contra el COVID-19. Para más información sobre cómo inscribirse, visite: www.cdc.gov/vsafe.

¿QUÉ OCURRE SI DECIDO NO RECIBIR LA VACUNA COMIRNATY (VACUNA DE ARNm CONTRA EL COVID-19) O LA VACUNA PFIZER-BIONTECH COVID-19?

Bajo la EUA, es su decisión recibir o no la vacuna. La atención médica estándar que recibe no cambiará si decide no recibirla.

¿HAY OTRAS OPCIONES DISPONIBLES PARA PREVENIR EL COVID-19 ADEMÁS DE LA VACUNA COMIRNATY (VACUNA DE ARNm CONTRA EL COVID-19) O LA VACUNA PFIZER-BIONTECH COVID-19?

Otras vacunas para prevenir el COVID-19 pueden estar disponibles bajo una Autorización de Uso de Emergencia.

¿PUEDO RECIBIR LA VACUNA COMIRNATY (VACUNA DE ARNm CONTRA EL COVID-19) O LA VACUNA PFIZER-BIONTECH COVID-19 AL MISMO TIEMPO QUE OTRAS VACUNAS?

Todavía no se han presentado datos a la FDA sobre la administración de la vacuna COMIRNATY (vacuna de ARNm contra el COVID-19) o de la vacuna Pfizer BioNTech COVID-19 al mismo tiempo que otras vacunas. Si está considerando recibir COMIRNATY (vacuna de ARNm contra el COVID-19) o la Vacuna Pfizer BioNTech COVID-19 con otras vacunas, discuta sus opciones con su proveedor de atención médica.

¿QUÉ DEBO HACER SI ESTOY INMUNOCOMPROMETIDO?

Si está inmunocomprometido, puede recibir una tercera dosis de la vacuna. Es posible que la tercera dosis no proporcione una inmunidad completa al COVID-19 en personas inmunocomprometidas, por lo que debe seguir manteniendo las precauciones físicas para ayudar a prevenir el COVID-19. Además, sus contactos cercanos deben estar vacunados como corresponde.

¿QUÉ DEBO HACER SI ESTOY EMBARAZADA O AMAMANTANDO?

Si está embarazada o amamantando, discuta sus opciones con su proveedor de atención médica.

¿LA VACUNA ME DARÁ EL COVID-19?

No. La vacuna no contiene el SARS-CoV-2 y no puede darle el COVID-19.


CONSERVE SU TARJETA DE VACUNACIÓN

Cuando reciba su primera dosis, recibirá una tarjeta de vacunación que le indicará cuándo debe regresar para recibir la(s) siguiente (s) dosis de la vacuna. 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, por favor escanee el código QR proporcionado a continuación.

Sitio web global	Número de teléfono
https://www.cvdvaccine.com/es 	1-877-829-2619 (1-877-VAX-CO19)

¿CÓMO PUEDO APRENDER MÁS?

- Consulte con el proveedor de la vacuna.
- Visite los CDC en <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html> (en inglés)
- Visite a la FDA en <https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/mcm-legal-regulatory-and-policy-framework/autorizacion-de-uso-de-emergencia>.
- Póngase en contacto con el departamento de salud pública local o estatal.

¿DÓNDE SE REGISTRARÁ LA INFORMACIÓN DE MI VACUNACIÓN?

El proveedor de la vacuna puede incluir la información de su vacunación en el Sistema de Información de Inmunización (IIS, por sus siglas en inglés) de su estado o jurisdicción local u otro sistema designado. Esto asegurará que reciba la misma vacuna cuando regrese para la segunda dosis. Para obtener más información sobre los IIS visite:

<https://www.cdc.gov/vaccines/programs/iis/about.html> (en inglés)

¿SE ME PUEDE COBRAR UNA CUOTA DE ADMINISTRACIÓN POR RECIBIR LA VACUNA CONTRA EL COVID-19?

No. En este momento, el proveedor no puede cobrarle por una dosis de la vacuna y no se le puede cobrar una tarifa de administración de la vacuna de su bolsillo ni ninguna otra tarifa si sólo recibe una vacuna contra el COVID-19. Sin embargo, los proveedores de vacunas pueden solicitar el reembolso correspondiente a un programa o plan que cubra los gastos de administración de la vacuna contra el COVID-19 para el receptor de la vacuna (seguro privado, Medicare, Medicaid, Programa COVID-19 de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés) para receptores no asegurados).

¿DÓNDE PUEDO DENUNCIAR CASOS DE SOSPECHA DE FRAUDE?

Se anima a las personas que tengan conocimiento de cualquier posible infracción de los requisitos del Programa de Vacunación contra el COVID-19 de los CDC a que lo denuncien a la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. llamando al 1-800-HHS-TIPS o en <https://TIPS.HHS.GOV> (en inglés)

¿QUÉ ES EL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN POR LESIONES DE CONTRAMEDIDAS?
El Programa de compensación por lesiones de contramedidas (CICP, por sus siglas en inglés) es un programa federal que puede ayudar a pagar los costos de atención médica y otros gastos específicos de ciertas personas que han sido gravemente lesionadas por ciertos medicamentos o vacunas, incluyendo esta vacuna. Por lo general, se debe presentar una reclamación al CICP dentro de un (1) año a partir de la fecha de recibir la vacuna. Para obtener más información sobre este programa, visite www.hrsa.gov/cicp/ (en inglés) o llame al 1-855-266-2427.

¿QUÉ ES UNA AUTORIZACIÓN DE USO DE EMERGENCIA (EUA)?
Una autorización de uso de emergencia (EUA, por sus siglas en inglés) es un mecanismo para facilitar la disponibilidad y el uso de productos médicos, incluidas las vacunas, durante las emergencias de salud pública, como la actual pandemia del COVID-19. Una EUA está respaldada por una declaración del secretario de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) en la que se afirma que existen circunstancias que justifican el uso de emergencia de medicamentos y productos biológicos durante la pandemia del COVID-19.

La FDA puede emitir una EUA cuando se cumplen ciertos criterios, incluyendo que no hay alternativas adecuadas, aprobadas y disponibles. Además, la decisión de la FDA se basa en la totalidad de las pruebas científicas disponibles que demuestran que el producto puede ser eficaz para prevenir la pandemia del COVID-19 y que los beneficios conocidos y potenciales del producto superan los riesgos conocidos y potenciales del mismo. Todos estos criterios deben cumplirse para permitir que el producto se utilice en el tratamiento de pacientes durante la pandemia del COVID-19.

Esta EUA para la Vacuna Pfizer BioNTech COVID-19 y COMIRNATY terminará cuando el secretario del HHS determine que las circunstancias que justifican la EUA ya no existen o cuando haya un cambio en el estado de aprobación del producto de tal manera que ya no sea necesaria una EUA.



Fabricado por
Pfizer Inc., New York, NY 10017

BIONTECH

Fabricado por
BioNTech Manufacturing GmbH An der Goldgrube 12
55131 Mainz, Germany LAB-1451-10.2A

Actualizado el 20 de octubre de 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.

Aviso de Normas

Aviso original efectivo el 14 de Abril del 2003.

Revisado el 23 de Septiembre del 2013.

**ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE SE PUEDE USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA
Y LA MANERA EN QUE USTED PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN.**

POR FAVOR LÉALO CUIDADOSAMENTE.

POR LEY SE NOS EXIGE PROTEGER LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA

Por ley se nos exige proteger la privacidad de su información médica y de la información que le identifica a usted. También se nos exige entregarle este aviso sobre las normas de privacidad, nuestras responsabilidades legales y sus derechos con respecto a su información médica. Debemos seguir las normas de privacidad que se describen en este aviso en tanto que esté vigente. Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y nuestras normas de privacidad en cualquier momento, siempre que lo permita la ley. También nos reservamos el derecho de hacer cambios a nuestras normas de privacidad para toda la información de la salud que nosotros tenemos sobre usted, así como toda la información de la salud que hubiésemos creado o recibido antes de hacer los cambios. Antes de hacer algún cambio significativo en nuestras normas de privacidad, actualizaremos este aviso y le enviaremos el nuevo aviso en cuanto lo solicite. Puede pedir una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Si usted tiene preguntas acerca de la información en este aviso o acerca de nuestras políticas de privacidad, procedimientos o prácticas, puede contactarnos mediante la información de contacto al final de este aviso.

CÓMO USAMOS Y REVELAMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA EN CASOS DETERMINADOS CONCRETOS

- **Podemos usar y revelar su información médica sobre su tratamiento, pagos y gestiones relacionadas con la atención médica.** Los ejemplos dados son con propósito de ilustrar y no son exhaustivos.
- **Atención médica:** Podemos usar y revelar su información médica a un médico o a algún otro proveedor relacionado con su atención médica. Por ejemplo, su información médica puede ser provista a otro proveedor médico que usted prefiera asegurándose que este proveedor tiene la información necesaria para diagnosticar o darle atención médica.
- **Pago:** Podemos usar y revelar su información médica para obtener el pago por los servicios que le hemos facilitado. Por ejemplo, podemos revelar a su plan de salud su información médica para obtener aprobación para procedimiento médico.
- **Gestiones relacionadas con la atención médica:** Podemos usar y revelar su información médica para apoyar nuestras gestiones empresariales. Por ejemplo, podemos revelar su información médica para propósitos de manejo de su caso. Estas gestiones pueden incluir la evaluación y mejoramiento de la calidad, revisión de la competencia o cualificaciones de su proveedor de atención médica y la evaluación del desempeño de su proveedor de atención médica; llevando a cabo programas de capacitación, acreditación, certificación, licenciamiento o autorización de actividades.
- **Su autorización:** Sin su autorización por escrito, no podemos usar ni revelar su información médica por ningún motivo excepto en los casos que se describen en este aviso. Además de usar su información médica para tratamiento médico, pago o gestiones relacionadas con la atención médica, usted nos puede autorizar a usar o revelar su información a cualquier persona por cualquier motivo. Si usted nos da la autorización, usted puede revocarla en cualquier momento enviándonos un aviso por escrito. Su revocación no afectará cualquier uso o revelación que estaba permitida en tanto que estuvo vigente su autorización.
- **Notas de Psicoterapia:** La mayoría del uso y revelación de las notas de psicoterapia requieren su autorización por escrito. Usted puede informarse sobre los usos y revelaciones específicas permitidas de las notas de psicoterapia sin su autorización.
- **Recaudación de Fondos:** Usted tiene el derecho de decidir no recibir comunicaciones de recaudación de fondos.
- **Información Personal:** Su información personal no será usada o revelada para propósitos de suscripción.
- **Venta de Información Médica:** El uso o revelación de su información médica que constituya una venta no se permitirá sin su autorización.
- **Revelaciones a usted, su familia y amigos:** Tenemos la obligación de revelar a usted su información médica según la ley de Derechos del Paciente descrita en este aviso. Si usted nos da la autorización, es posible que revelemos su información de la salud a algún miembro de su familia, a un amigo/a o a otras personas a quienes usted nos indicó que están participando en su cuidado o pago por su atención médica.
- **Personas relacionadas con su atención médica:** Es posible que usemos o revelemos su nombre, su ubicación y su condición general o fallecimiento, para avisar o ayudarle a avisar a algún miembro de su familia o a su representante personal, u otras personas que estén participando en su cuidado. Si usted está presente, le daremos la oportunidad de objetar la revelación de su información médica a estas personas. Si usted está incapacitado, o en caso de una emergencia, podremos revelar su estado médico a estas personas si determinamos que la revelación es lo más conveniente para usted. También usaremos nuestro criterio y experiencia profesional para tomar decisiones sobre lo más conveniente para usted y autorizar a que una persona recoja recetas médicas, artículos de salud, radiografías (rayos X) y otros tipos similares de información médica.

- **Mercadeo de servicios relacionados con la salud:** El uso o revelación de información médica para propósitos de mercadeo requerirá su autorización por escrito.
- **La ley lo exige:** Podemos usar o revelar su información médica cuando la ley nos lo exija.
- **Abuso o negligencia:** Podemos revelar su información médica a las autoridades apropiadas si tenemos la certeza de que usted ha sido víctima de abuso, negligencia, violencia interfamiliar o algún otro tipo de delito. Podemos revelar su información médica si su salud o seguridad, o la salud o seguridad de otras personas, se ven seriamente amenazadas.
- **Seguridad Nacional:** Si usted está o estuvo en las fuerzas armadas, podemos revelar la información médica del personal de las fuerzas armadas a las autoridades militares en casos determinados. Podemos revelar la información médica a las autoridades federales que estén autorizadas según exige la ley en casos legales de inteligencia, contraespionaje, y otras actividades relacionadas con la seguridad nacional. En casos determinados, podemos revelar la información médica a las autoridades penitenciarias o policiales que están a cargo de la información médica de presos o pacientes.
- **Recordatorio de citas:** Podemos usar o revelar su información médica para recordarle mediante llamadas telefónicas, tarjetas postales o cartas, que tiene citas médicas previstas.

DERECHOS DEL PACIENTE

- **Derecho de acceso:** Usted tiene el derecho de ver u obtener una copia de su información médica, salvo casos excepcionales. Puede pedir que le proporcionemos copias en otro formato que no sea fotocopias. Usaremos el formato que solicite a no ser que sea prácticamente imposible. Debe hacer la solicitud de la copia por escrito. Puede solicitar el formulario para obtener atención médica de su proveedor. Cobraremos una cuota razonable para cubrir el costo del copiado de la información. Para más detalles sobre cuándo este derecho le puede ser denegado, por favor hable con su proveedor de atención médica.
- **Derecho a solicitar una lista de las revelaciones:** Usted tiene el derecho a recibir una lista de ciertos casos en los que nosotros o nuestros socios empresariales revelaron su información médica para otros fines que no sean nuestro tratamiento, pago o por gestiones de atención médica y algunas otras actividades. Usted tiene el derecho a esta lista de revelaciones de seis años previos a la fecha en que usted hizo la solicitud, pero no lo puede hacer antes del 14 de abril del 2003. Si usted solicita esta lista más de una vez en un periodo de 12 meses, es posible que le cobremos una cuota razonable por la preparación de la lista.
- **Derecho a solicitar restricciones:** Usted tiene el derecho de solicitar que se apliquen restricciones adicionales al uso o revelación de su información médica. Excepto en caso que pague de su bolsillo como se describe en el párrafo siguiente. No se nos exige que estemos de acuerdo con estas restricciones, pero, si estamos de acuerdo, nos limitaremos a nuestro acuerdo (salvo casos de emergencia).
- **Pagando de su bolsillo:** Si usted está pagando de su bolsillo todo el servicio o gestión relacionada con su atención médica, entonces tiene el derecho de solicitar que nosotros limitemos el revelar su información o gestión médica relacionada con el servicio para propósitos de pago. Nosotros honraremos su pedido de limitar revelar información a menos que sea de otra manera requerida por la ley. Agar solo los deducibles de seguros o copagos no ejercita este derecho. Usted deberá solicitar restricciones adicionales y hacer un pago completo de su bolsillo para limitar revelar información de seguimiento médico.
- **Derecho a comunicaciones alternativas:** Usted puede solicitar que nos comuniquemos sobre su información médica por vías alternativas o en otro lugar. **{Tiene que pedirlo por escrito}**. Su petición debe especificar la vía alternativa o lugar y facilitar información satisfactoria sobre cómo se efectuará el pago en este caso.
- **Modificaciones o enmiendas:** Usted tiene el derecho a solicitar que modifiquemos su información médica. (Su petición tiene que ser por escrito y debe explicar por qué la información debe ser modificada). Le podemos denegar la solicitud en casos especiales.
- **Aviso electrónico:** Si recibe este aviso en nuestro sitio en la red o por correo electrónico, tiene derecho a recibir este aviso por escrito si usted lo solicita.
- **Notificación de Violación de Información Médica:** Si determinamos que ha ocurrido una violación de su información médica, usted tiene el derecho de ser notificado.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, puede comunicarse con nosotros usando la información al final de este aviso. Si usted cree que hemos violado su derecho de privacidad, o si no está de acuerdo con alguna decisión que hayamos tomado relacionada con su información médica, o como respuesta a una petición que usted haya hecho para modificar o restringir el uso o revelación de su información médica, o si ha pedido que nos comuniquemos con usted por vías o en lugares alternativos; puede enviarnos una queja formal usando la información de contacto que aparece en el final de este aviso. También puede enviar una queja formal por escrito al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América (Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services) en Washington, D.C. Si usted lo pide, le daremos la dirección para presentar una queja ante del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América. Usted tiene nuestro apoyo en lo referente a la privacidad de su información médica. No tomaremos ninguna medida en contra suya, ni de ninguna otra manera sufrirá represalias, si usted presenta una queja formal ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América.

Transylvania County Government

101 South Broad Street, Brevard, NC 28712
www.transylvaniacounty.org

Transylvania Public Health

106 East Morgan Street, Suite 105, Brevard, NC 28712
828.884.3135 | www.transylvaniahealth.org



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?

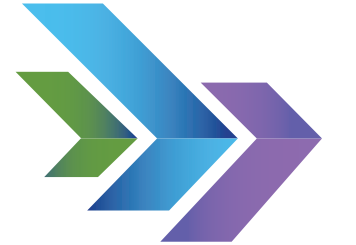
Después de que reciba una vacuna contra el COVID-19, puede inscribirse en **v-safe** usando su teléfono inteligente. La participación es voluntaria y usted puede retirarse en cualquier momento. Recibirá mensajes de texto de **v-safe** alrededor de las 2 p. m., hora local. Para retirarse, simplemente textee "STOP" cuando **v-safe** le envíe un mensaje de texto. También puede reinscribirse en **v-safe** texteeando "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.*



v-safeSM

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



Apunte la cámara de su teléfono inteligente a este código



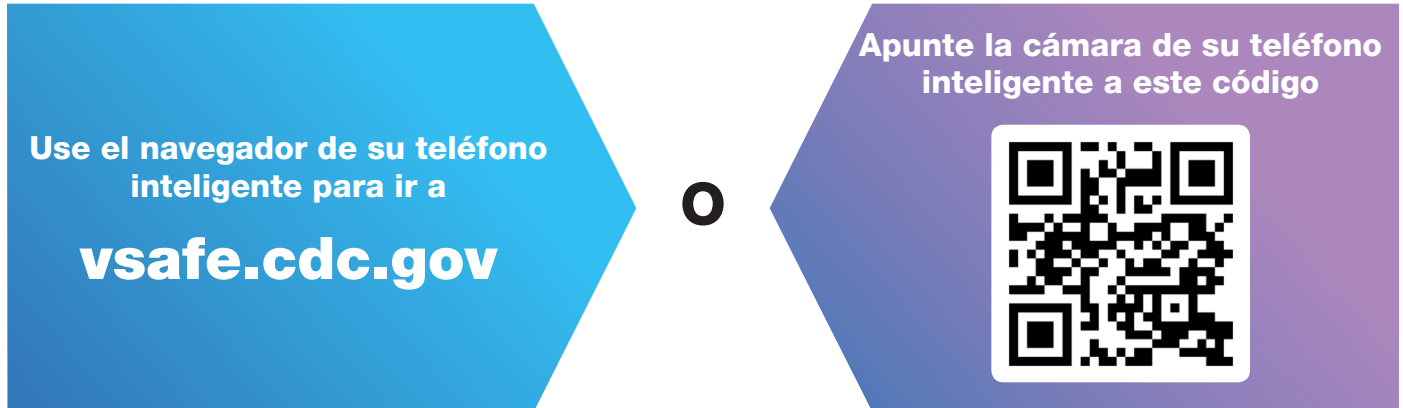
*Hasta el punto en que **v-safe** usa los sistemas de información existentes manejados por los CDC, la FDA y otras agencias federales, los sistemas emplean estrictas medidas de seguridad adecuadas para el nivel de sensibilidad de los datos.

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





106 EAST MORGAN STREET
SUITE 105
BREVARD, NC 28712
828.884.3135
transylvaniahealth.org

EVERYDAY. EVERYWHERE. EVERYONE.