



**HOJA INFORMATIVA DE VACUNAS PARA RECEPTORES Y CUIDADORES UIDADADO
SOBRE LA VACUNA DE PFIZER-BIONTECH CONTRA EL COVID-19 PARA PREVENIR
LA ENFERMEDAD DEL CORONAVIRUS 2019 (COVID-19) PARA USO EN PERSONAS DE
5 A 11 AÑOS**

DE 5 A 11 AÑOS

Se le está ofreciendo a su hijo la Vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 para prevenir la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) causada por el SARS-CoV-2.

Esta hoja informativa de vacunas para receptores y cuidadores contiene la hoja informativa sobre la vacuna autorizada Pfizer-BioNTech contra el COVID-19 para uso en personas de 5 a 11 años.¹

La Vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 ha recibido la autorización de uso de emergencia (EUA, por sus siglas en inglés) de la FDA para proporcionar una serie primaria de dos dosis a personas de 5 a 11 años.

Esta hoja informativa de vacunas contiene información para ayudarlo a entender los riesgos y beneficios de la Vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19, que su hijo puede recibir porque actualmente existe una pandemia del COVID-19. Hable con el proveedor de vacunas de su hijo si tiene preguntas.

Esta hoja informativa puede haber sido actualizada. Para la hoja informativa más reciente, por favor consulte www.cvdvaccine.com.

LO QUE NECESITA SABER ANTES DE QUE SU HIJO RECIBA 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 reportado una amplia gama de síntomas, 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; dificultad para respirar; 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.

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.

¹ Usted puede recibir esta hoja informativa sobre la vacuna aunque su hijo tenga 12 años. Los niños que cumplan 12 años entre la primera y la segunda dosis del régimen primario pueden recibir, para cualquiera de las dosis: (1) la formulación de la Vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 autorizada para su uso en personas de 5 a 11 años; o (2) COMIRNATY o una de las formulaciones de la Vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 autorizadas para su uso en personas de 12 años o mayores.

¿QUÉ DEBE MENCIONARLE AL PROVEEDOR DE VACUNAS DE SU HIJO ANTES DE QUE SU HIJO RECIBA LA VACUNA?

Informe al proveedor de la vacuna sobre todas las condiciones médicas de su hijo, incluyendo si:

- 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 toma un anticoagulante
- está inmunocomprometido o está tomando un medicamento que afecta su sistema inmunológico
- esta embarazada
- está amamantando
- ha recibido otra vacuna contra el COVID-19
- se ha desmayado alguna vez debido a una inyección

¿CÓMO SE ADMINISTRA LA VACUNA?

La Vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 se administrará a su hijo en forma de inyección en el músculo.

La vacuna se administra en una serie de 2 dosis, con un intervalo de 3 semanas. Es posible que la vacuna no proteja a todos.

¿QUIÉN NO DEBE RECIBIR LA VACUNA?

Su hijo no debe recibir la vacuna si:

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

¿CUÁLES SON LOS INGREDIENTES DE LA VACUNA?

La vacuna incluye los siguientes ingredientes: ARNm y lípidos ((4- hidroxibutil) azanedil)bis (hexano-6,1-diil) bis (2-hexildecanoato), 2 [(polietilenglicol) -2000] -N, N- ditetradecilacetamida, 1,2-distearoil-sn-glicero-3-fosfocolina y colesterol), trometamina, clorhidrato de trometamina, sacarosa y cloruro de sodio.

¿SE HA USADO ANTES LA VACUNA?

Millones de personas de 12 años o más han recibido la Vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 bajo la EUA desde el 11 de diciembre de 2020. En un estudio clínico, aproximadamente 3,100 personas de 5 a 11 años han recibido al menos 1 dosis de la Vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19. En otros estudios clínicos, aproximadamente 23,000 personas de 12 años o más han recibido al menos 1 dosis de la vacuna. La vacuna autorizada para su uso en niños de 5 a 11 años incluye el mismo ARNm y los mismos lípidos, pero diferentes ingredientes inactivos en comparación con la vacuna que se ha utilizado bajo la EUA en personas de 12 años o más y que ha sido estudiada en ensayos clínicos. El uso de los diferentes ingredientes inactivos ayuda a estabilizar la vacuna a temperaturas refrigeradas y la formulación puede prepararse fácilmente para administrar las dosis adecuadas a la población de 5 a 11 años.

¿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, el proveedor de vacunas de su hijo puede pedirle que se quede 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 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 de inmediato si su hijo presenta 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 sarpullido, picazón, 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)
- disminución del apetito
- diarrea
- vómitos
- dolor en el brazo
- desmayo asociado a la inyección de la vacuna

Puede que estos no sean todos los efectos secundarios posibles de la vacuna. Pueden ocurrir efectos secundarios serios e inesperados. Los posibles efectos secundarios de la vacuna se siguen estudiando en ensayos clínicos.

¿QUÉ DEBO HACER CON RESPECTO A LOS EFECTOS SECUNDARIOS?

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

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

Reporte los efectos secundarios de la vacuna al Sistema de Reporte de Eventos Adversos de Vacunas (VAERS, por sus siglas en inglés) de la FDA/los CDC. El número gratuito de VAERS es 1-800-822-7967 o envíe un reporte en línea a <https://vaers.hhs.gov/reportevent.html>. Por favor, incluya “EUA de la Vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19” en la primera línea del cuadro #18 del formulario de reporte.

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 para teléfonos inteligentes 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 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 obtener más información sobre cómo inscribirse, visite: www.cdc.gov/vsafe.

¿QUÉ SUCEDE SI DECIDO QUE MI HIJO NO RECIBA LA VACUNA PFIZER-BIONTECH COVID-19?

Bajo la EUA, existe la opción de aceptar o rechazar recibir la vacuna. Si decide que su hijo no la reciba, esto no cambiará la atención médica estándar de su hijo.

¿HAY OTRAS OPCIONES DISPONIBLES PARA PREVENIR EL COVID-19 ADEMÁS DE LA VACUNA PFIZER-BIONTECH COVID-19?

Para los niños de 5 a 11 años, no hay otras vacunas contra el COVID-19 disponibles bajo la autorización de uso de emergencia y no hay vacunas contra el COVID-19 aprobadas.

¿PUEDE MI HIJO RECIBIR LA VACUNA PFIZER-BIONTECH COVID-19 CON OTRAS VACUNAS?

Todavía no se han presentado datos a la FDA sobre la administración de la Vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 al mismo tiempo que otras vacunas. Si está considerando que su hijo reciba la Vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 con otras vacunas, discuta las opciones con el proveedor de atención médica de su hijo.

¿QUÉ SUCEDE SI ESTÁ EMBARAZADA O AMAMANTANDO?

Si su hija está embarazada o amamantando, discuta las opciones con el proveedor de atención médica de su hija.

¿LA VACUNA LE DARÁ A MI HIJO EL COVID-19?

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


CONSERVE LA TARJETA DE VACUNACIÓN DE SU HIJO

Cuando su hijo reciba la primera dosis, recibirá una tarjeta de vacunación que le indicará cuándo debe regresar para la(s) siguiente(s) dosis(s) de la vacuna. Recuerde traer la tarjeta cuando su hijo regrese.

INFORMACIÓN ADICIONAL

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

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

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

¿CÓMO PUEDO APRENDER MÁS?

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

¿DÓNDE SE REGISTRARÁ LA INFORMACIÓN SOBRE LA VACUNACIÓN DE MI HIJO?

El proveedor de la vacuna puede incluir la información sobre la vacunación de su hijo 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 su hijo 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 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 cuota de administración de la vacuna de su bolsillo ni ninguna otra cuota si solo recibe la 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, el 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?

a la Oficina del Inspector General, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., llamando al 1-800-HHS-TIPS o en <https://TIPS.HHS.GOV>.

¿QUÉ ES EL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN POR LESIONES DECONTRAMEDIDAS?

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, incluida 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 emergencias de la 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 el COVID-19 durante 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 terminará cuando el secretario de 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, Alemania LAB-1486-0.3

Revisado el 29 de octubre de 2021



Escanee para registrar que esta hoja informativa se proporcionó al receptor de la vacuna para los sistemas electrónicos de

Fecha del código de barras: 09/30/2021

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 podrían 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 ayudarlo 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.



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



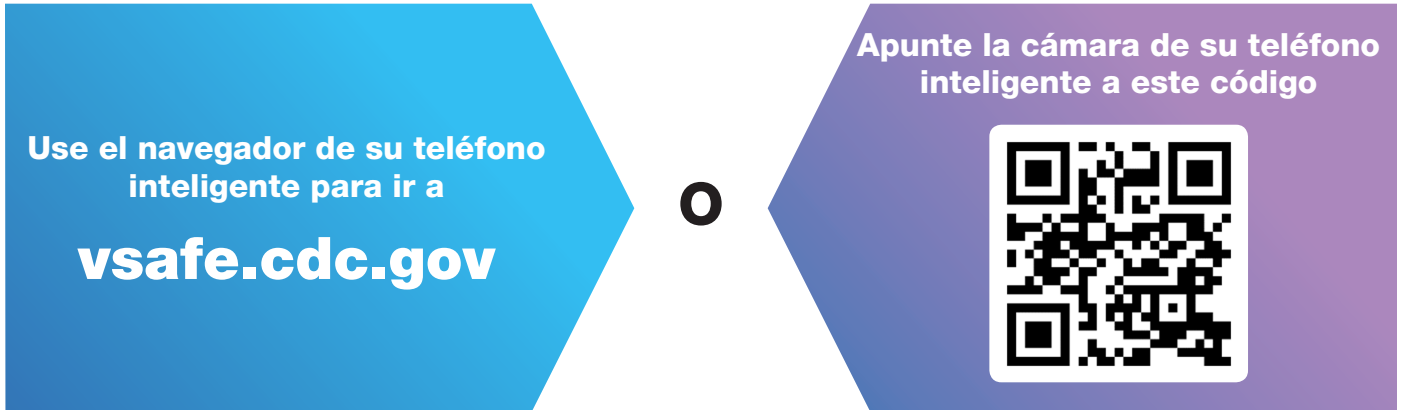
*Hasta el punto en que **v-safe** usa los sistemas de información existentes manejados por los CDC, la FDA y otras agencias federales, los sistemas emplean estrictas medidas de seguridad adecuadas para el nivel de sensibilidad de los datos.

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.