



# COVID-19 백신- 추가 접종 및 부스터 샷 자격에 대한 자가 증명서



화이자 백신을 2회 접종한 사람의 추가 접종 증명서는 다음 페이지를 참조하십시오.

화이자 또는 모더나 백신의 2회 접종을 마친 사람 중  
중등증에서 중증의 면역결핍증이 있는 사람

질병통제 예방센터(CDC)에 명시된 [기준](#)을 충족한다면, 2차 백신 투여 후 최소 28일 후에 3차 mRNA (화이자 또는 모더나) 백신을 접종하는 것을 권장합니다. 가능하면 동일한 종류의 백신을 접종 받아야 합니다. 예를 들어, 화이자 백신 접종을 완료했으면, 3차 접종도 화이자 백신을 접종하십시오.

COVID-19 백신 투여가 추가로 필요한 지 담당 의사와 상의하십시오. 3차 백신 투여가 필요한 경우, 현재 치료 계획에 따라 가장 바람직한 투여 접종 시기를 의사와 상의하십시오. 면역억제제 요법을 시작하거나 재개하려는 경우 특히 중요합니다.

본인은 면역결핍증이 있으며 아래의 기준에 따라 백신의 3차 접종을 받을 자격이 있음을 증명합니다.

- 저는 최소 28일 전에 모더나 또는 화이자 백신의 2차 접종을 받았습니다. 및
- 저는:
  - 종양 또는 혈액암에 대한 적극적인 암 치료를 받는 경우, 또는
  - 장기 이식 후 면역억제제를 복용 중이며, 또는
  - 지난 2년 이내에 줄기세포 이식을 받았거나 면역억제제를 복용 중인 경우, 또는
  - 중등도 또는 중증의 원발성 면역결핍증(예: 디조지 증후군, 비스킷-알드리치 증후군), 또는
  - 진행성 또는 치료되지 않은 HIV 감염, 또는
  - 고용량 코르티코스테로이드 (corticosteroids) 또는 면역 반응을 억제하는 기타 약물을 사용한 적극적인 치료.

서명: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_

날짜: \_\_\_\_\_

3차 백신 접종 후에도 자신을 계속 보호하는 것이 중요합니다. 여기에는 잘 맞는 마스크 착용, 신체적 거리두기, 붐비는 장소나 공기 흐름이 원활하지 않은 장소 피하기, 손 자주 씻기 등이 포함됩니다. 우수한 보호력을 가진 "[이중 마스크 착용](#)" (의료용 마스크 위에 천 안면 마스크 착용) 또는 N95 호흡용 보호구 착용을 고려해 보십시오.

자세한 정보는 접종자 및 간병인을 위한 [모더나](#) 또는 [화이자](#) 자료표 및 CDC 웹사이트의 [중등도에서 중증 면역결핍 환자를 위한 COVID-19 백신](#)을 참고하십시오.





# COVID-19 백신- 추가 접종 및 부스터 샷 자격에 대한 자가 증명서



면역결핍증이 있는 사람을 위한 추가 접종 증명서는 이전 페이지를 참고하십시오.

## 화이자 백신의 부스터 샷을 받을 자격이 있는 사람

본인은 면역결핍증이 있으며 아래의 기준에 따라 백신의 3차 접종을 받을 자격이 있음을 증명합니다.

- 저는 최소 6개월 전에 화이자 COVID-19 백신 2차 접종을 받았습니다. 및
  - 저는 만 65세 이상입니다. 또는
  - 저는 장기 요양 시설에 거주하고 있습니다. 또는
  - 저는 만 50-64 세 이고 COVID-19 전염율이 높은 사회적 경제적 위험에 직면하고 있습니다. 또는
  - 저는 만 18-64 세이고 다음 기저 질환 중 하나를 앓고 있습니다:
 

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 암</li> <li>○ 만성 신장 질환</li> <li>○ 만성 폐 질환</li> <li>○ 치매 또는 기타 신경학적 질환</li> <li>○ 당뇨병(제 1 형 또는 제 2 형)</li> <li>○ 다운 증후군</li> <li>○ 심장 질환</li> <li>○ HIV 감염</li> <li>○ 면역저하 상태 (약화된 면역 체계)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 간 질환</li> <li>○ 과체중 또는 비만(체질량지수(BMI) 25kg/m<sup>2</sup> 이상)</li> <li>○ 임신 중이거나 최근에 임신한 경우(임신 종료 후 최소 42 일 동안)</li> <li>○ 겸상 적혈구 빈혈증 또는 지중해 빈혈</li> <li>○ 흡연자, 현재 또는 이전에 흡연</li> <li>○ 고형장기 또는 조혈모세포 이식</li> <li>○ 뇌로 가는 혈류에 영향을 미치는 뇌졸중 또는 뇌혈관 질환</li> <li>○ 물질 사용 장애</li> </ul>
---	---
- 저는 만 18-64 세이며 COVID-19 노출 및 전파 위험이 높은 시설 환경 또는 다음 직종 중 하나에서 근무하고 있습니다.
 

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 응급구조 요원 (의료 종사자, 소방관, 경찰, 집단 시설 직원)</li> <li>○ 교육 종사자 (교사, 지원 직원, 보육원 근로자)</li> <li>○ 식품 및 농업 근로자</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 제조업 근로자</li> <li>○ 교정시설 근로자</li> <li>○ 미국 우편서비스 근로자</li> <li>○ 대중교통 근로자</li> <li>○ 식료품점 근로자</li> </ul>
---	---

서명: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_

날짜: \_\_\_\_\_

목록에 없는 질환을 앓고 있거나 추가 접종의 위험 및 이점에 대해 질문이 있는 경우 의사와 상담하십시오. 자세한 내용은 접종자 및 간병인을 위한 [화이자](#) 자료표 및 CDC 웹페이지 [COVID-19 백신](#)을 참조하십시오.

프린터를 이용할 수 없으시면, 본 증명서를 수기로 작성하셔도 됩니다.