



Vacuna contra el COVID-19 – Dosis adicionales y dosis de refuerzo

Autodeclaración de elegibilidad

Consulte la página siguiente para obtener información sobre las dosis de refuerzo.

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

Si cumple con los [requisitos](#) descritos por los CDC a continuación, 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 sobre 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 el tratamiento inmunosupresor.

Yo declaro que estoy inmunodeprimido y soy elegible para una tercera dosis de vacuna según los requisitos a continuación.

- Recibí una segunda dosis de la vacuna Moderna o Pfizer al menos hace 28 días, Y
 - Actualmente estoy recibiendo tratamiento contra el cáncer para tumores o cánceres de la sangre, 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 el sistema inmunológico, O
 - Tengo inmunodeficiencia primaria moderada o grave (como el síndrome de DiGeorge, el síndrome de Wiskott-Aldrich), O
 - Tengo una infección avanzada o no tratada por el VIH, O
 - Actualmente estoy recibiendo tratamiento con corticosteroides en dosis altas u otros medicamentos que reprimen mi respuesta inmunitaria

Firma: _____

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Es importante que continúe protegiéndose después de recibir una tercera dosis de la vacuna. Esto incluye usar una mascarilla que le quede bien ajustada, mantener la distancia física, evitar lugares con mucha gente o espacios con poca circulación de aire y lavarse las manos con frecuencia. Considere la posibilidad de usar "[mascarilla doble](#)" (usar una mascarilla de tela sobre la mascarilla quirúrgica) o un respirador N95 para un mayor nivel de protección.

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](#).



Vacuna contra el COVID-19 – Dosis adicionales y dosis de refuerzo

Autodeclaración de elegibilidad

Consulte la página anterior para obtener información sobre la dosis adicional para las personas inmunodeprimidas.

PERSONAS QUE SON ELEGIBLES PARA UNA DOSIS DE REFUERZO

Yo declaro que soy elegible para una dosis de refuerzo de la vacuna de acuerdo con los requisitos a continuación.

- Recibí una dosis de J&J como mi dosis inicial de COVID-19 hace al menos 2 meses, O
- Recibí una segunda dosis de la vacuna Pfizer o Moderna COVID-19 hace al menos 6 meses, Y
 - Tengo 65 años o más, O
 - Vivo en un centro de cuidado a largo plazo, O
 - Tengo entre 50 y 64 años y tengo riesgos sociales y económicos que me ponen en mayor riesgo de contraer el COVID-19, O
 - Tengo entre 18 y 64 años y tengo una condición médica existente que aumenta mi riesgo de enfermedad grave por COVID, O
 - Tengo entre 18 y 64 años y tengo un mayor riesgo de exposición y transmisión de COVID-19 porque vivo en un entorno institucional o porque trabajo en un lugar donde existe riesgo de exposición al virus; esto incluye, entre otros, uno de los siguientes:
 - Personal de primera respuesta (trabajadores de la salud, bomberos, policía, personal de cuidado grupal)
 - Personal educativo (maestros, personal escolar, trabajadores de la guardería)
 - Trabajadores de la agricultura y la alimentación
 - Trabajadores de fabricación
 - Trabajadores de corrección
 - Trabajadores del Servicio Postal de EE.UU.
 - Trabajadores del transporte público
 - Trabajadores de tienda de alimentación

Firma: _____

Nombre: _____

Fecha: _____

Si tiene preguntas sobre los riesgos y beneficios de la dosis de refuerzo, hable con su médico. Para obtener más información, consulte las Hojas de Datos de [Pfizer](#), [Moderna](#), o [Johnson & Johnson](#) para destinatarios y cuidadores y la página web de los CDC [Vacunas contra el COVID-19](#).

Si no tiene acceso a una impresora, puede escribir la declaración a mano.