Declaración para recibir la dosis de refuerzo

**Si recibió dos dosis de Pfizer o Moderna:**

□ Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro mi necesidad de recibir una dosis de refuerzo de la vacuna de COVID-19, basándome en que pertenezco a uno de los siguientes grupos y que he recibido mi serie de dos dosis de la vacuna de COVID-19 Pfizer o Moderna hace más de seis meses:

• 65 años y mayores de 65 años

• Mayor de 18 años que vive en una instalación de cuidados de largo plazo

• Mayor de 18 años que tiene condiciones médicas subyacentes\*

• Mayor de 18 años que trabaja o vive en ambientes de alto riesgo\*\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del paciente en letra de imprenta Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Fecha

**O**

**Si recibió una dosis de Johnson and Johnson:**

□ Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro mi necesidad de recibir una dosis de refuerzo de la vacuna de COVID-19, basándome en que he sido vacunado(a) con la vacuna de COVID-19 Johnson & Johnson hace más de dos meses.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del paciente en letra de imprenta Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Fecha

\* Las condiciones médicas subyacentes incluyen:

• Cáncer • Infección por VIH

• Enfermedad crónica de los riñones • Estado inmunocomprometido

• Enfermedades crónicas de los pulmones, (sistema inmunológico debilitado)

incluyendo COPD (enfermedad pulmonar • Enfermedad del hígado

obstructiva crónica-EPOC), asma (moderado • Sobrepeso y obesidad

a severo), enfermedad intersticial de los • Embarazo

pulmones, fibrosis quística, e hipertensión • Anemia falciforme o talasemia

pulmonar • Fumador, actual o en el pasado

• Demencia u otras condiciones neurológicas • Trasplante de órgano sólido o

• Diabetes (tipo 1 o tipo 2) células madre de sangre

• Síndrome de Down • Derrame o enfermedad

• Condiciones cardiacas (tales como falla cerebrovascular, que afecta el

cardiaca, enfermedad coronaria arterial, flujo de sangre al cerebro

cardiomiopatías o hipertensión) • Trastornos por el uso de sustancias

\*\* Ejemplos de trabajadores o residentes que pueden recibir la dosis de refuerzo *(La lista puede ser actualizada en el future)*

• Personal de respuesta inmediata a las • Trabajadores del Servicio Postal

emergencias (por ejemplo, trabajadores de los Estados Unidos

de salud, bomberos, policía, personal • Trabajadores de transporte público

de instalaciones de cuidado grupal) • Trabajadores de tiendas de alimentos

• Personal de educación (por ejemplo, • Trabajadores de correccionales

maestros, personal de apoyo, trabajadores • Residentes de instalaciones

de guarderías) de cuidado grupal

• Trabajadores de alimentos y agricultura • Residentes de instalaciones correccionales

• Trabajadores de fabricas