



Menores que Reciben la Vacuna COVID-19: Lista de Verificación para los Padres



Cuando una persona de 12-17 desea recibir la vacuna Pfizer contra COVID-19...

START



El Padre debe:

- Leer la **hoja informativa Pfizer EUA**
- Leer la **Noticia de Practicas Privadas**
- Completar el **Formulario de Vacunas** y traerlo al evento de vacunas.



Si el padre/guardian puede asistir al evento de vacunas con su hijo menor:

Por favor, lleve el formulario de detección y la prueba de la edad de su hijo con usted al evento de la vacuna.

Si un padre/guardian no puede asistir al evento de vacunas con su hijo menor:



El Padre también debe:

- Dar consentimiento para que su hijo reciba la vacuna por llamada telefónica o videollamada.
- Un testigo en el lugar debe firmar la parte inferior del Formulario de Vacunas que acredite el permiso verbal de los padres.

HOJA INFORMATIVA PARA DESTINATARIOS Y CUIDADORES

AUTORIZACIÓN DE USO DE EMERGENCIA (EUA, por sus siglas en inglés) DE LA VACUNA COVID-19 DE PFIZER-BIONTECH PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD DEL CORONAVIRUS 2019 (COVID-19) EN PERSONAS DE 12 AÑOS DE EDAD Y MAYORES

Se le ofrece la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech para prevenir la enfermedad de Coronavirus 2019 (COVID-19) causada por el SARS-CoV-2. Esta hoja informativa contiene información que le ayudará a comprender los riesgos y beneficios de la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech, que usted puede recibir debido a la actual pandemia de COVID-19.

La vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech es una vacuna que puede prevenirle que contraiga el COVID-19. No hay ninguna vacuna aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA) para prevenir el COVID-19.

Lea esta hoja informativa para obtener información sobre la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech. Si tiene alguna pregunta, consulte a su proveedor de vacunación. Es su elección recibir la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech.

La vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech se administra en un esquema de 2 dosis, con un intervalo de 3 semanas, en el músculo.

La vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech puede no proteger a todas las personas.

Esta hoja informativa pudo haber sido actualizada. Para acceder a la hoja informativa más reciente, consulte www.cvdvaccine.com.

QUÉ NECESITA SABER ANTES DE RECIBIR ESTA VACUNA

¿QUÉ ES COVID-19?

La enfermedad de COVID-19 es causada por un coronavirus llamado SARS-CoV-2. Este tipo de coronavirus no se ha visto antes. Usted puede contagiarse de COVID-19 a través del contacto con otra persona que tiene el virus. Es principalmente una enfermedad respiratoria que puede afectar a otros órganos. Las personas con COVID-19 han presentado una amplia gama de síntomas, que van desde síntomas leves hasta enfermedades graves. Los síntomas pueden aparecer de 2 a 14 días después de la exposición al virus. Los síntomas pueden incluir: fiebre o escalofríos; tos; dificultad respiratoria; fatiga; dolores musculares o corporales; dolor de cabeza; nueva pérdida del gusto o del olfato; dolor de garganta; congestión o goteo nasal; náuseas o vómitos; diarrea.

¿QUÉ ES LA VACUNA COVID-19 DE PFIZER-BIONTECH?

La vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech es una vacuna no aprobada que puede prevenir el COVID-19. No existe vacuna aprobada por la FDA para prevenir el COVID-19.

La FDA ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech para prevenir el COVID-19 en personas de 12 años de edad y mayores, bajo una Autorización de Uso de Emergencia (EUA).

Para obtener más información sobre la EUA, vea la sección "**¿Qué es una Autorización de Uso de Emergencia (EUA)?**" al final de esta hoja informativa.

¿QUÉ DEBERÍA MENCIONARLE A SU PROVEEDOR DE VACUNACIÓN ANTES DE RECIBIR LA VACUNA COVID-19 DE PFIZER-BIONTECH?

Informe al proveedor de la vacunación sobre todas sus enfermedades, incluso si:

- tiene cualquier alergia
- tiene fiebre
- tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante
- está inmunocomprometido o está en tratamiento con un medicamento que afecta a su sistema inmunitario
- está embarazada o planea quedar embarazada
- está amamantando
- ha recibido otra vacuna para prevenir el COVID-19
- alguna vez ha sufrido un desmayo relacionado a una inyección

¿QUIÉN DEBERÍA RECIBIR LA VACUNA COVID-19 DE PFIZER-BIONTECH?

La FDA ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech en personas de 12 años de edad y mayores.

¿QUIÉN NO DEBERÍA RECIBIR LA VACUNA COVID-19 DE PFIZER-BIONTECH?

No debe recibir la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech si usted:

- 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 COMPONENTES DE LA VACUNA COVID-19 DE PFIZER-BIONTECH?

La vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech incluye los siguientes componentes: mRNA, lípidos ((4-hidroxibutil)azanodiil)bis(hexano-6,1-diilo)bis(2-hexildecanoato), 2-[(polietilenglicol)-2000]-N,N-ditetradecilacetamida, 1,2-Distearoil-sn-glicero-3-fosfolina, y colesterol), cloruro de potasio, fosfato monobásico de potasio, cloruro de sodio, fosfato dibásico de sodio dihidrato y sacarosa.

¿CÓMO SE ADMINISTRA LA VACUNA COVID-19 DE PFIZER-BIONTECH?

La vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech se le administrará como una inyección en el músculo.

El esquema de vacunación de la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech es de 2 dosis administradas con un intervalo de 3 semanas.

Si recibe una dosis de la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech, debe recibir una segunda dosis de la esta misma vacuna 3 semanas después para completar el esquema de vacunación.

¿SE HA UTILIZADO LA VACUNA COVID-19 DE PFIZER-BIONTECH ANTES?

La vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech es una vacuna no aprobada. Aproximadamente 23.000 personas de 12 años de edad y mayores han recibido al menos 1 dosis de la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech durante los estudios clínicos.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE LA VACUNA COVID-19 DE PFIZER-BIONTECH?

En un estudio clínico en curso, se ha demostrado que la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech previene el COVID-19 tras la administración de 2 dosis separadas por un intervalo de 3 semanas. Actualmente se desconoce la duración de la protección frente al COVID-19.

¿CUÁLES SON LOS RIESGOS DE LA VACUNA COVID-19 DE PFIZER-BIONTECH?

Existe la remota posibilidad de que la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 pueda causar una reacción alérgica grave. Generalmente, una reacción alérgica grave se produciría entre unos minutos a una hora después de recibir una dosis de la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech. Por esta razón, su proveedor de vacunación puede pedirle que permanezca en el lugar donde recibió su vacuna para monitoreo después de la vacunación. Los signos de una reacción alérgica grave pueden incluir:

- Dificultad para respirar
- Hinchazón de la cara y la garganta
- Un latido cardíaco rápido
- Una grave erupción en todo tu cuerpo
- Mareos y debilidad

Los efectos adversos que se han comunicado con la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech incluyen:

- reacciones alérgicas severas
- reacciones alérgicas no-severas como erupción, picazón, urticaria, o hinchazón de la cara
- dolor en el lugar de aplicación de la inyección
- cansancio
- dolor de cabeza
- dolor muscular
- escalofríos
- dolor articular
- fiebre
- inflamación en el lugar de aplicación de la inyección
- enrojecimiento en el lugar de aplicación de la inyección
- náuseas
- sensación de malestar
- inflamación de los ganglios linfáticos (linfadenopatía)
- diarrea
- vómitos
- dolor de brazo

Estos pueden no ser todos los posibles efectos adversos de la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech. Pueden producirse efectos adversos graves e inesperados.

La vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech sigue estudiándose en ensayos clínicos.

¿QUÉ DEBO HACER CON LOS EFECTOS ADVERSOS?

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

Llame a su proveedor de vacunación o a su profesional de atención médica si usted tiene algún efecto adverso que le moleste o no desaparezca.

Reportar los efectos adversos de la vacuna al Sistema de Reporte de Reacciones Adversas para Vacunas (VAERS, por sus siglas en inglés) de la FDA/CDC. El número gratuito de VAERS es 1-800-822-7967 o informe en línea a <https://vaers.hhs.gov/reportevent.html>. Por favor, incluya "Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine EUA" en la primera línea de la Casilla 18 del formulario de notificación.

Además, puede informar de los efectos secundarios a Pfizer Inc. en 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 herramienta voluntaria nueva basada en telefonía inteligente que utiliza mensajes de texto y encuestas en la web para chequear con personas que han sido vacunadas para identificar posibles efectos secundarios después de la vacunación contra el COVID-19. V-safe hace preguntas que ayudan al CDC a monitorear 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 del CDC si los participantes reportan un impacto significativo en la salud después de la vacunación contra el COVID-19. Para obtener más información sobre como registrarse, visite: www.cdc.gov/vsafe.

¿QUÉ SUCEDE SI DECIDO NO RECIBIR LA VACUNA COVID-19 DE PFIZER-BIONTECH?

Es su elección recibir o no recibir la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech. Si decide no recibirla, no cambiará su atención médica estándar.

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

Actualmente, no existe ninguna vacuna alternativa aprobada para la prevención del COVID-19. Otras vacunas para prevenir el COVID-19 pueden estar disponibles bajo la Autorización de Uso de Emergencia.

¿PUEDO RECIBIR LA VACUNA COVID-19 DE PFIZER-BIONTECH CON OTRAS VACUNAS?

No hay información sobre el uso de la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech con otras vacunas.

¿QUÉ SUCEDE SI ESTOY EMBARAZADA O AMAMANTANDO?

Si está embarazada o amamantando, discuta sus opciones con su profesional de la salud.

¿ME CONTAGIARÉ DE COVID-19 SI RECIBO LA VACUNA COVID-19 DE PFIZER-BIONTECH?

No. La vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech no contiene SARS-CoV-2 y no puede contagiarle COVID-19.


CONSERVE SU TARJETA DE VACUNACIÓN

Cuando reciba su primera dosis, recibirá una tarjeta de vacunación que le mostrará cuándo debe volver a recibir la segunda dosis de la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech. Recuerde traer su tarjeta cuando regrese.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Si tiene alguna pregunta, visite el sitio web o llame al número de teléfono que se indica a continuación.

Para acceder a la hoja informativa más reciente, por favor escanee el código QR que se proporciona a continuación.

Sitio web global	Número de teléfono
<p data-bbox="315 1037 620 1066">www.cvdvaccine.com</p> 	<p data-bbox="948 1087 1221 1159">1-877-829-2619 (1-877-VAX-CO19)</p>

¿CÓMO PUEDO APRENDER MÁS?

- Pregunte a su proveedor de vacunación.
- Visite CDC en <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>.
- Visite la FDA en <https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/mcm-legal-regulatory-and-policy-framework/emergency-use-authorization>.
- Comuníquese con su departamento de salud pública local o estatal.

¿DÓNDE SE REGISTRARÁ MI INFORMACIÓN DE VACUNACIÓN?

El proveedor de vacunación puede incluir su información de vacunación en el Sistema de Información de Inmunización (IIS, por sus siglas en inglés) de su jurisdicción estatal o local u otro sistema designado. Esto asegurará que reciba la misma vacuna cuando regrese por la segunda dosis. Para obtener más información sobre IIS, visite: <https://www.cdc.gov/vaccines/programs/iis/about.html>.

¿SE ME PUEDE COBRAR UN CARGO ADMINISTRATIVO POR RECIBIR LA VACUNA COVID-19?

No. En este momento, el proveedor no puede cobrarle por una dosis de la vacuna y no se le puede cobrar un cargo administrativo de su bolsillo o cualquier otro cargo si solo está recibiendo la vacunación para COVID-19. Sin embargo, los proveedores de vacunación pueden solicitar el reembolso apropiado de un programa o plan que cubre tarifas de administración de la vacuna COVID 19 para el destinatario (seguro privado, Medicare, Medicaid, Health Resources & Services Administration [HRSA] COVID 19 Programa No Asegurado para destinatarios no asegurados).

¿DÓNDE PUEDO REPORTAR CASOS SOSPECHOSOS DE FRAUDE?

Se alienta a las personas que estén al tanto de cualquier posible violación de los requisitos del Programa de Vacunación CDC COVID 19 a que lo comuniquen a la Oficina del Inspector General, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, al 1-800-HHS-TIPS o <https://TIPS.HHS.GOV>.

¿QUÉ ES EL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN DE LESIONES DE CONTRAMEDIDAS?

El Programa de compensación de lesiones por contramedidas (CICP, por sus siglas en inglés) es un programa federal que puede ayudar a pagar los costos de la atención médica y otros gastos específicos de ciertas personas que han resultado gravemente heridas por ciertos medicamentos o vacunas, incluida esta vacuna. Generalmente, un reclamo se debe presentar al CICP en el plazo de un (1) año a partir de la fecha de recepción de la vacuna. Para obtener más información sobre este programa, visite www.hrsa.gov/cicp/ o llame al 1-855-266-2427.

¿QUÉ ES UNA AUTORIZACIÓN DE USO DE EMERGENCIA (EUA)?

La FDA de los Estados Unidos ha hecho que la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech esté disponible bajo un mecanismo de acceso de emergencia denominado EUA. La EUA cuenta con el apoyo de una declaración de la Secretaría de Salud y Servicio Humano (HHS, por sus siglas en inglés) en la que se afirma que existen circunstancias que justifican el uso de urgencia de medicamentos y productos biológicos durante la pandemia COVID-19.

La vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech no ha sido objeto del mismo tipo de revisión que un producto aprobado o autorizado por la FDA. La FDA podrá expedir un EUA cuando se cumplan determinados criterios, lo que incluye que no existen alternativas adecuadas y aprobadas 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 de COVID-19 y que los beneficios conocidos y potenciales del producto superan los riesgos conocidos y potenciales del producto. Todos estos criterios deben cumplirse para permitir el uso del producto en la prevención de la enfermedad durante la pandemia de COVID-19.

La EUA para la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech está en vigor durante la vigencia de la declaración de la EUA COVID-19 que justifica el uso de emergencia de estos

productos, a menos que se cancele o se revoque (después de lo cual los productos ya no pueden utilizarse).



Fabricado por
Pfizer Inc., Nueva York, NY 10017

BIONTECH

Fabricado para
BioNTech Manufacturing GmbH
An der Goldgrube 12
55131 Mainz, Alemania

LAB-1451-5.0

Revisado: 10 de Mayo de 2021



Escanear para capturar que esta hoja informativa se entregó al destinatario de la vacuna para los registros médicos electrónicos/sistemas de información de inmunización.

Fecha del código de barras: 15/2020



Su Informacion.

Sus Derechos.

Nuestra Responsabilidad.

Este Aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. **Por favor revise cuidadosamente.**

Sus Derechos

Cuando se trata de su informacion medica, usted tiene ciertos derechos. Esta seccion le explica sus derechos y unas de nuestras responsabilidades para ayudarlo a usted.

Obtenga una copia electronica o de papel de su registro medico

- Usted puede pedir ver o obtener una copia electronica o de papel de su historia clínica y otra información medica que tenemos sobre usted, incluyendo los resultados de las pruebas de laboratorio realizadas por nosotros. Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, por lo general dentro de 30 dias de la solicitud. Podemos cobra una tarifa razonable, basada en el costo.
- Usted puede enviar su solicitud por escrito en cualquier clínica o escribiendo a:
SLO County Medical Records
2178 Johnson Ave
San Luis Obispo, CA 93401
- Si tiene preguntas sobre el proceso llame al 805-781-4724

Pidanos que corrijamos su registro medico

- Usted puede pedirnos que corrijamos su informacion medica que usted piense que esta incorrecta o incompleta. Preguntenos como hacer esto. Podra ser que digamos que "no" a su peticion, pero le dejaremos saber la razon dentro de 60 dias.

Solicite comunicacion confidencial

- Usted puede pedirnos que lo contactemos en una manera especifica (por ejemplo, por telefono de casa o oficina) o mandarle correspondencia a una direccion diferente. Diremos que "si" a todas las peticiones rasonables.

Pidanos que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Usted puede pedirnos que no utilizemos o compartamos cierta informacion medica para tratamiento, facturas, o nuestras operaciones. No somos requeridos a estar de acuerdo con su peticion, y podriamos decir que "no" si afectaria su cuidado.
- Si usted paga algun servicio de cuidado medico en completo de su bolsillo, usted puede pedirnos que no compartamos informacion, informacion para el proposito de facturas o nuestras operaciones con su seguro medico. Diremos que "si" siempre y cuando la ley no nos requiera compartir esa informacion.

Obtenga una lista de aquellos con quien hemos compartido informacion

- Puede pedir una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su informacion medica en los ultimos seis años de la fecha de su peticion, con quien hemos compartido esta informacion y porque.
- Incluiremos todas las revelaciones except aquellas relacionadas con tratamiento, facturas y operaciones de cuidado de salud, y ciertas otras revelaciones (tal como cualquiera que nos haga pedido). Proveremos una revelacion a el año gratuitamente, pero cobraremos una cuota razonable si require otra durante los proximos 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

- Usted puede pedir una copia en papel de este aviso en cualquier momento, aun si ha solicitado un aviso electronicamente. Le proporcionaremos una copia en papel rapidamente.

Elija a alguien que actue de parte suya

- Si le ha otorgado poder medico a alguien o si alguien es su guardian legal, esa personal puede ejercer sus derechos legales y tomar decisiones sobre su informacion medica. Nos aseguraremos que esa persona tenga autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier accion.

Presente una queja si siente que sus derechos han sido violados

Usted puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros de las siguientes maneras:

- Puede llamarnos a la línea gratuita y confidencial al: **(855) 326-9623**
- O puede comunicarse con nosotros por correo electrónico al: privacy@co.slo.ca.us
- O mande una carta a:
Privacy Officer
San Luis Obispo County Health Agency
2180 Johnson Avenue
San Luis Obispo, CA 93401
- Comuníquese con el Departamento de salud y servicios humanos a:
Office of Civil Rights
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
- O presente una queja en la red social: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/
- O llame la línea gratuita a: **Teléfono: (800) 368-1019**
Teléfono para sordo/mudos: (800) 537-7697

No sera castigado o penalizado por hacer preguntas o presentar una queja.

Sus Decisiones

Para cierta informacion medica, usted puede hacernos saber sus decisiones sobre que podemos compartir. Si usted tiene preferencias claras sobre como compartimos su informacion en las situaciones descritas en seguida, hable con nosotros. Diganos que quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

Aviso: Esta seccion menciona varias maneras en la cual proveedores pueden compartir su informacion; sin embargo, varias no aplican a las practicas de la Agencia de Salud de el Condado de San Luis Obispo.

En estos casos, usted tiene ambos el derecho y la decision de decirnos que:

- Compartamos informacion con sus familiares, amigos cercanos o otros involucrados con su cuidado

- Compartamos informacion en caso de un desastre.
- Incluya su informacion en un directorio (la Agencia de Salud no utiliza un directorio de pacientes)
Si no le es posible hacernos saber su preferencia, por ejemplo si esta inconsciente, podriamos compartir su informacion si creemos que es en su mejor interes. Tambien podriamos compartir su informacion cuando sea necesario para reducir un serio y iminente peligro de salud o seguridad.

En estos casos nunca compartimos su informacion al menos que usted nos de permiso por escrito:

- Propósitos de comercialización (la Agencia de Salud no utiliza su informacion para mercadeo)
- Venta de su informacion (la Agencia de Salud no vende su informacion)
- La mayoría de notas psicoterapeuticas

En caso de recaudacion de fondos

La Agencia de Salud no lo contactará para ningún esfuerzo de recaudación de fondos.

Nuestros Usos y Revelaciones

Tipicamente usamos y compartimos su informacion medica de las siguientes maneras.

Tratar lo

- Podemos utilizar y compartir su informacion medica con otros profesionales que lo estan tratando. (Existen exceptions para el tratamiento del uso de sustancias – ver máas abajo)
 - *Ejemplo:* Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizer servicios adicionales.

Operar nuestra organizacion

- Podemos utilizar y compartir su informacion medica para operar nuestra organizacion y mejorar su cuidado, y contactarlo cuando sea necesario.
 - *Ejemplo:* Usamos informacion medica de usted para manejar su tratamiento y servicios.

Facturar sus servicios

- Podemos utilizar y compartir su informacion medica para facturar y obtener pagos de planes de salud y otras entidades.
 - *Ejemplo:* Damos informacion acerca de usted a su plan de seguro para que pague por sus servicios.

De que otra manera mas podriamos utilizar o compartir su informacion de salud?

Se nos permite o requiere que compartamos su información de otras maneras, usualmente en formas que contribuyen al bien público, tal como salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones de la ley antes de compartir su informacion para estos propósitos.

Para mas informacion vea aqui: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

(Nota – Este Aviso describirá por separado las maneras en que el Condado puede usar o divulgar los resultados de VIH/ SIDA y registros de tratamiento de trastornos por uso de sustancias conforme a 42 CFR Parte 2)

Intercambio de Informacion de Salud (IIS) (iniciales en Ingles HIE):

El Condado de San Luis Obispo participa en un HIE. A través de este sistema, podemos divulgar su información médica con el fin de coordinar su atención entre proveedores de atención médica y otros fines permitidos por la ley. El intercambio de su información de salud se puede hacer electrónicamente a través del HIE y puede proporcionar un acceso más rápido, una mejor coordinación de la atención y ayudar a los proveedores de atención médica y los funcionarios de salud pública a tomar decisiones informadas. Usted deberá darse de baja del

sistema HIE si NO desea que la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo comparta su información a través del HIE; de lo contrario, su información se incluirá automáticamente con algunas excepciones. La información sobre salud mental, trastorno de uso de sustancias, VIH y ETS NO se incluirá en el HIE.

Si en algún momento desea optar por no recibir el HIE o volver a optar por el HIE, puede hacerlo en línea en: <http://www.ocprhio.org/Patients/optout/>.

Ayuda con salud pública y cuestiones de seguridad.

Podemos compartir su información de salud sobre usted para situaciones tales como:

- Prevenir enfermedades
- Ayudar con la revocación de productos
- Reportar reacciones adversas a medicamentos
- Reportar de presuntos abusos, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una grave amenaza para la salud o seguridad

Conducir investigación

- Podemos utilizar o compartir su información para la investigación de la salud.

Cumplir con la ley

- Compartiremos información sobre usted si la ley estatal o federal lo requiere, incluyendo el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quieren asegurarse que estemos cumpliendo con leyes de privacidad federales.

Responder a solicitud de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir información de su salud sobre usted con organizaciones de adquisición de órganos

Trabajar con un examinador médico o director de funeral

- Podemos compartir información de su salud con un forense, examinador médico o director de funeral si un individuo muere.

Dirigirnos a la indemnización de los trabajadores, enforcamiento de leyes y otras solicitudes gubernamentales

Podemos utilizar o compartir información de salud sobre usted:

- Reclamos de compensación de trabajadores
- Propósitos de enforcamiento de leyes y funcionarios
- Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- Funciones especiales gubernamentales tal como militar, seguridad nacional y servicios protectivos presidenciales

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa de la corte o en respuesta a una citación.

Para programas de clientes en tratamiento de trastornos por uso de sustancias (Aviso 42CFR 2.22):

La ley y los reglamentos federales protegen la confidencialidad de expedientes del paciente de trastorno de uso de sustancias. Generalmente, el programa puede no decir que usted asiste al programa o divulga cualquier información que le identifique que teniendo un desorden del uso de la sustancia.

La ley federal nos permite compartir su información de desorden de uso de sustancias por las siguientes razones:

- Si usted (o su representante autorizado) consiente por escrito.
- La divulgación está permitida por una orden judicial.
- La divulgación se hace al personal médico en una emergencia médica.
- La divulgación se hace al personal calificado para la investigación, auditoría o evaluación del programa.
- La divulgación se hace en virtud de un acuerdo con una organización de servicio calificada.
- Si usted comete un delito en nuestras instalaciones o en contra de nuestro personal.
- Si necesitamos reportar sospecha de abuso infantil o cualquier otro informe que sea requerido por la ley.

Usted puede obtener más información al ver la ley federal 42CFR parte 2. La violación de estas leyes es un delito y las presuntas violaciones pueden ser reportadas a las siguientes agencias:

[SAMHSA](http://www.samhsa.gov/about-us/contact-us) - 5600 Fishers Lane, Rockville, MD. 20857 or www.samhsa.gov/about-us/contact-us

[U.S Attorney, Central District](http://www.justice.gov/usao-cdca/contact) – 312 N. Spring St, #1200, Los Angeles, CA. 90012 or www.justice.gov/usao-cdca/contact

Usos y divulgaciones de información sobre el VIH/SIDA:

En general, se requiere autorización por escrito (por el cliente o representante autorizado) para divulgar los resultados de las pruebas de VIH/ SIDA. Se aplican las siguientes excepciones:

- Las divulgaciones realizadas a su proveedor de atención médica para fines de diagnóstico, tratamiento o cuidado.
- Requisitos de información estatal para propósitos de Salud Pública.
- Pago: para facturar el costo de la atención médica (por ejemplo, para facturar a Medi-Cal o Medicare).
- Operaciones de atención médica: podemos usar o divulgar su información médica para apoyar nuestras operaciones comerciales (por ejemplo, para evaluar el desempeño de nuestro personal o revisar la calidad del tratamiento o servicios que se le brindan).
- Otras divulgaciones que puedan ser requeridas bajo la ley.

Violación de la ley federal y las regulaciones por un programa es un crimen.

Las presuntas violaciones pueden ser reportadas a las autoridades apropiadas de acuerdo con las regulaciones federales. La ley y las regulaciones federales no protegen ninguna información sobre un crimen cometido por un paciente ya sea en el programa o contra cualquier persona que trabaja para el programa o sobre cualquier amenaza para cometer tal crimen. Las leyes y reglamentos federales no protegen ninguna información sobre sospechas de abuso infantil o negligencia de ser reportadas bajo la ley estatal a las autoridades estatales o autoridades locales.

Nuestras Responsabilidades

- La ley nos exige que mantengamos la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber con prontitud si ha ocurrido que puede haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia a usted.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de ninguna otra manera que la que ha sido descrita aquí al menos que usted nos lo pida por escrito. Si usted nos dice que podemos, usted puede cambiar de opinión en cualquier tiempo. Dejenos saber por escrito si ha cambiado de opinión.

Para mas informacion sobre nuestras responsabilidades de este aviso entre aqui:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Este aviso aplica a los siguientes servicios entre la Agencia de Salud de el Condado de San Luis Obispo:

- **Servicios de Salud Mental**

Para mas informacion, entre aqui: www.slocounty.ca.gov/health/mentalhealthservices

- **Servicios de Alcohol y Drogas**

Para mas informacion, entre aqui: www.slocounty.ca.gov/health/DAS_Home

- **Servicios de Salud Publica**

Para mas informacion, entre aqui: www.slocounty.ca.gov/health/publichealth

Usted puede preguntar acerca de los programas de la agencia de salud y ubicaciones de clínicas llamando a: (805) 781-5500

Informacion de salud sobre servicios que usted haya podido haber recibido de nuestros programas de Salud Mental o de Alcohol y Drogas son archivados electronicamente en un sistema de archivo que es compartido entre los dos programas. Miembros del personal de estos dos programas son permitidos acceso limitado a su informacion médica y solo la cantidad necesaria minima para proveerle tratamiento, recibir pagos por servicios y para manejar las operaciones de nuestra oraganizacion.

Cambios a las condiciones de este Aviso

- Podemos cambiar las condiciones de este aviso, y los cambios aplicaran a toda la informacion que tengamos sobre usted. El nuevo aviso sera disponible cuando lo pida, en nuestra oficina y en nuestra pagina de internet.

Para preguntas sobre este aviso or para obtener mas informacion:

- Contacte al Administrador del Programa de Cumplimiento de la Agencia de Salud del Condado de SLO al: 805-781-4788
- O mande un correo electrónico a: privacy@co.slo.ca.us
- O mande una carta a:

Gerente del Programa de Cumplimiento de la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo:
San Luis Obispo County Health Agency
2180 Johnson Ave., San Luis Obispo, CA 93401

La Discriminación Está En Contra De La Ley

San Luis Obispo County cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. El Condado no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. SLO County:

- A. Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como intérpretes capacitados de lenguaje de señas;
- B. Información escrita en otros formatos;
- C. Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua primaria no es el inglés, como intérpretes capacitados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con la Agencia de Salud al (800) 838-1381.

Si considera que el Condado no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

Patient Rights Advocate;

2180 Johnson Avenue, San Luis Obispo, CA. 93401

(805) 781-4738, <mailto:BH.PatientRightsAdvocate@co.slo.ca.us>

Español (Spanish)	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (800) 838-1381
繁體中文 (Chinese)	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 (800) 838-1381
Tiếng Việt (Vietnamese)	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số (800) 838-1381
한국어 (Korean)	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (800) 838-1381
Tagalog (Filipino)	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (800) 838-1381
Հայերեն (Armenian)	ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ձանգահարեք (800) 838-1381
فارسی (Farsi)	توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما (800) 838-1381
Русский (Russian)	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (800) 838-1381
日本語 (Japanese)	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。(800)838-1381
العربية (Arabic)	رقم (800) 838-1381 - ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان اتصل برقم
ខ្មែរ (Cambodian)	ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្អូល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរទូរស័ព្ទ (800) 838-1381 ។
Hmoob (Hmong)	LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau (800) 838-1381
ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)	ਧਿਆਨ ਿਚ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤਾਮਾ ਿਵੇਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। (800) 838-1381
हिंदी (Hindi)	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपका लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। (800)838-1381
ภาษาไทย (Thai)	เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร (800) 838-1381
ພາສາລາວ (Lao)	ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ (800) 838-1381

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Patient Rights Advocate está a su disposición para brindársela. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Humanos, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono al: Department of

Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201; 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



FORMULARIO DE EXAMEN PARA VACUNAS COVID-19

2021-2022

Departamento de Salud del Condado de San Luis Obispo

2191 Johnson Ave, San Luis Obispo, CA 93401

Teléfono: 805-781-5500 | Fax: 805-781-5543 | www.slopublichealth.org

Información Demográfica

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial de 2do: _____

Dirección: _____ Primer Nombre de Madre: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono (xxx-xxx-xxxx): _____

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

Email: _____

Genero: Masculino Femenino Se reusa a decir

RAZA	Indio Americano	Asiático	Nativo de Hawái u Otro Islas del Pacifico
	o Nativo de Alaska		
	Negra o Africano-Americanos	Blanca	Otra: _____

Etnicidad: **Hispano o Latino** **No Hispano o Latino**

Información de Historial de Salud

	Sí	No	No sabe
1. ¿Se siente enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19? Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) Otro _____			
¿Trajo su tarjeta de vacunación u otra documentación? (sí/no)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente? (Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).			
• Un componente de una vacuna contra el COVID-19, como cualquiera de los siguientes:			
o Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas o comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable? (Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque todo lo que corresponda:

Soy una persona de sexo femenino y tengo entre 18 y 49 años. Soy un hombre de entre 12 y 29 años

Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis.

Tuved una reacción alérgica grave a algo que no era una vacuna o un tratamiento inyectable, como alergias a alimentos, mascotas, venenos, medioambiente o medicamentos orales.

Tuved COVID-19 y me trataron con anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente

Me diagnosticaron síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de contraer el COVID-19.

Tengo el sistema inmunitario debilitado (ejemplo, infección por el VIH, cáncer).

Uso medicamentos o terapias inmunodepresores.

Tengo un trastorno hemorrágico.

Tomo un anticoagulante (blood thinner).

Tengo antecedentes de trombocitopenia inducida por heparin (HIT).

Estoy embarazada o amamantando actualmente.

Ha recibido rellenos dérmicos.

Tuvo una prueba positiva para COVID-19 o un médico le dijo que tenía Covid-19

Yo, el abajo firmante, certifico que toda la información anterior es correcta a mi leal saber y entender.

Firma

Fecha

Relación con la persona nombrada en este formulario



FORMULARIO DE EXAMEN PARA VACUNAS COVID-19 2020-2021

Departamento de Salud del Condado de San Luis Obispo
2191 Johnson Ave, San Luis Obispo, CA 93401
Teléfono: 805-781-5500 | Fax: 805-781-5543 | www.slopublichealth.org

Reconocimiento de Información sobre la Vacuna, Practicas de Privacidad y Testimonio

He leído o me han explicado la Declaración de Información sobre Vacunas COVID-19. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna COVID-19 y solicito que se me la dé a mí o a la persona para la que estoy autorizado a hacer esta solicitud.

Enlace de Pfizer BioNTech Declaración de información sobre vacunas COVID-19: <https://www.fda.gov/media/144414/download>

Enlace de Moderna Declaración de información sobre vacunas COVID-19: <https://www.modernatx.com/covid19vaccine-eua/eua-fact-sheet-recipients.pdf>

Enlace de Janssen (J&J) Declaración de información sobre vacunas COVID-19: https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DCDC/CDPH%20Document%20Library/COVID-19/JnJ_factsheet.pdf

Por la presente reconozco que me han ofrecido o he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo. Además, reconozco que una copia del aviso actual se publica en el área de recepción de cada clínica y se me ofrecerá una copia.

Firma (Paciente)

Fecha

Firma (Padre o Tutor/Madre o Tutor)

Fecha

Nombre- EN LETRA DE MOLDE

Nombre- EN LETRA DE MOLDE

Consentimiento telefónico y consentimiento para videollamadas para jóvenes de 12 a 17 años

Nombre del Testigo / Firma

Fecha

Nombre del Padre o Tutor/Madre o Tutor

No escriba debajo de esta linea

Medical Evaluation By:

Print Name

Full Signature & suffix

Administered By:

Print Name

Full Signature & suffix

Injection Site:

Vaccinate?
Yes No
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Vaccine Lot

[Affix Label Here]
