

AUTOATESTACIÓN PARA INDIVIDUOS QUE TIENEN UN SISTEMA INMUNITARIO DE MODERADO A SEVERA DEBILIDAD Y QUE CUMPLEN CIERTOS CRITERIOS DE VACUNACIÓN

Si cumple con los criterios descritos por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), debe seguir el cronograma de vacunación contra el COVID-19 de acuerdo con su edad y estado inmunitario en el momento de la elegibilidad para las dosis apropiadas de la vacuna para mantenerse protegido contra el COVID-19.

Hable con su médico sobre la necesidad de recibir la(s) dosis adecuada(s) de vacunas contra el COVID-19 según la edad, el estado del sistema inmunológico y tiempo de administración. Pregunte cuál es el mejor momento según su plan de tratamiento actual. Esto es especialmente importante si está a punto de iniciar o reiniciar un tratamiento inmunosupresor.

AUTOATESTACIÓN DE UN SISTEMA INMUNOLÓGICO DEBILITADO

Atestó que estoy inmunocomprometido y soy elegible para recibir dosis inmunocomprometidas de una vacuna contra el COVID-19 según los criterios que se describen a continuación.

Tengo UNO de los siguientes:

- ✓ Ha estado recibiendo tratamiento oncológico para tumores o cánceres de la sangre
- ✓ Ha estado recibiendo tratamiento con corticosteroides en dosis altas u otros medicamentos que pueden suprimir su respuesta inmunitaria
- ✓ Recibí un trasplante de órgano o islote y estoy tomando medicamentos para suprimir mi sistema inmunológico
- ✓ Recibí un trasplante de células madre o una terapia de células T con receptor de antígeno quimérico (CAR) en los últimos dos años o estoy tomando medicamentos para suprimir el sistema inmunitario,
- ✓ Inmunodeficiencia primaria moderada o grave (por ejemplo, síndrome de DiGeorge, síndrome de Wiskott-Aldrich)
- ✓ Infección de VIH avanzada o no tratada
- ✓ Cánceres de la sangre que están asociados con resultados deficientes a las vacunas contra el COVID-19, independientemente del estado actual del tratamiento (p. ej., leucemia linfocítica crónica, linfoma no Hodgkin, mieloma múltiple, leucemia aguda)

Nombre: _____

Padre/ Guardián Legal: _____

Firma: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Para obtener más información, consulte [Las Hojas Informativas de Moderna o Pfizer-BioNtech](#) para destinatarios y guardianes y la página web del CDC [Vacunas contra el COVID-19 para personas con inmunodepresión moderada o grave.](#)