

Departamento de Salud de Vermont
Segunda dosis de la vacuna contra el COVID-19
Formulario de consentimiento

Nombre del paciente: _____ FN: _____

Publicado por los Centros de Control y Protección de Enfermedades (CDC, por su sigla en inglés):

Intercambiabilidad de los productos de la vacuna contra el COVID-19

Se puede utilizar cualquier vacuna contra el COVID-19 actualmente autorizada por la FDA cuando así se indique; el ACIP no establece una preferencia de producto. Sin embargo, las vacunas contra el COVID-19 **no** son intercambiables. No se ha evaluado la seguridad y la eficacia de una serie de productos mixtos. Las dos dosis de la serie deben completarse con el mismo producto.

En situaciones excepcionales en las que el producto de la vacuna de ARNm administrado para la primera dosis no pueda determinarse o ya no esté disponible, se puede administrar cualquier vacuna de ARNm contra el COVID-19 disponible con un intervalo mínimo de 28 días entre las dosis para completar la serie de vacunación de ARNm contra el COVID-19. En situaciones en las que el mismo producto de vacuna de ARNm no esté disponible momentáneamente, es preferible retrasar la segunda dosis (hasta 6 semanas) para recibir el mismo producto que recibir una serie mixta utilizando un producto diferente. Si se aplican dos dosis de productos diferentes de vacuna de ARNm contra el COVID-19 en estas situaciones (o inadvertidamente), no se recomienda una dosis adicional de ninguno de los dos productos en este momento. Estas personas se consideran totalmente vacunadas contra el COVID-19 a partir de las 2 semanas posteriores a recibir la segunda dosis de una vacuna de ARNm.

No se ha establecido la seguridad y la eficacia de la vacuna de Janssen contra el COVID-19 administrada después de una vacuna de ARNm contra el COVID-19. Sin embargo, en situaciones limitadas y excepcionales en las que un paciente haya recibido la primera dosis de una vacuna de ARNm contra el COVID-19 pero no pueda completar la serie con la misma u otra vacuna de ARNm diferente contra el COVID-19 (por ejemplo, debido a una contraindicación), se puede considerar una dosis única de la vacuna de Janssen contra el COVID-19 con un intervalo mínimo de 28 días desde la dosis de la vacuna de ARNm contra el COVID-19. Se debe considerar que los pacientes que reciban la vacuna de Janssen contra el COVID-19 después de una dosis de la vacuna de ARNm contra el COVID-19 han recibido una vacunación válida de una sola dosis de Janssen -no una serie de vacunación mixta- y se consideran totalmente vacunados contra el COVID-19 a partir de las 2 semanas siguientes a recibir la dosis única de la vacuna de Janssen.

- **He informado al personal de la clínica de lo que considero que es el producto verdadero y exacto de la vacuna contra el COVID-19 que yo (o el paciente mencionado) recibí como primera dosis (es decir, Pfizer-BioNTech, Moderna).**
- **He informado al personal de la clínica de lo que creo que es la fecha verdadera y exacta en la que yo (o el paciente anterior) recibí la primera dosis de la vacuna contra el COVID-19.**

Departamento de Salud de Vermont
Segunda dosis de la vacuna contra el COVID-19
Formulario de consentimiento

- Entiendo que el Departamento de Salud de Vermont y esta clínica de vacunación no pueden verificar la exactitud de la primera dosis que yo (o el paciente anterior) recibí previamente (es decir, Pfizer-BioNTech, Moderna).
- He leído los materiales anteriores de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por su sigla en inglés) relativos a la intercambiabilidad de los productos de la vacuna contra el COVID-19 que se refieren al cambio del tipo de vacuna recibida en una segunda dosis.
- Entiendo que la seguridad y la eficacia de recibir dos tipos diferentes de la vacuna contra el COVID-19 (por ejemplo, recibir una primera dosis de Moderna y una segunda dosis de Pfizer-BioNTech) no se han estudiado ni determinado.

Firma del paciente: _____

Fecha en que se firmó el formulario de consentimiento:

Firma del padre/de la madre o del tutor legal* (si el paciente es menor de 18 años)

*Si el menor está bajo custodia del estado, se requiere la firma de un representante autorizado.

Nombre del padre/de la madre o del tutor legal (en letra de molde): _____

Número de teléfono diurno del padre/tutor legal** : _____

**Si el padre/tutor legal no estará presente en la clínica.