

## AVISO SOBRE SEGUNDA DOSIS DE VACUNA COVID-19 PFIZER-BIONTECH

Usted recibió la primera dosis de la Vacuna Pfizer-BioNTech contra el COVID19 en el Programa de Vacunación para empleados, facultativos y contratistas que suplen servicios en los Hospitales HIMA•San Pablo. Como parte del proceso, usted tuvo la oportunidad de leer y plasmar su firma o iniciales evidenciando su consentimiento o rechazo a la vacuna en los siguientes documentos:

1. Cuestionario Pre-Vacunación para Vacuna contra el COVID-19 Pfizer-BioNTech del Programa de Vacunación del Departamento de Salud de Puerto Rico
2. Aviso para Empleados, Facultativos y Contratistas Ofreciendo Servicios en Nuestras Facilidades sobre la Vacuna “Pfizer-BioNTech” contra el COVID-19 y Notificación de Voluntad
3. Hoja Informativa para Quienes Reciben la Vacuna y Cuidadores, Traducción No Oficial del documento emitido por la FDA junto con la Autorización de Uso de Emergencia de la vacuna Pfizer-BioNTech
4. Consentimiento de Administración de Vacunas del Programa de Vacunación del Departamento de Salud de Puerto Rico
5. Registro de Vacunación de COVID-19

Si desea volver a leer estos documentos, los puede acceder en <https://himasanpablo.com/vacuna-covid-19/>. Si es empleado y desea copia de los documentos que firmó, puede solicitar la copia en su Oficina de Recursos Humanos. Si es facultativo o contratista, envíe un correo electrónico a [info@himapr.com](mailto:info@himapr.com) indicando “Deseo copia de mis documentos de vacunación contra el COVID-19”, indicando su nombre completo, fecha y lugar de su vacunación y correo electrónico a través del cual desea recibir su copia. Su solicitud de copia constituirá su consentimiento a que se transmita la información por ese método. Si prefiere recogerlos, lo debe indicar en el correo electrónico para coordinarle cita para el recogido.

Al finalizar su vacunación, debe haber recibido una Tarjeta de Registro de Vacuna que indica la fecha de su segunda dosis. La debe traer consigo para la segunda dosis.

Para esta segunda dosis, debe confirmar la siguiente información:

- Reitero mi consentimiento a la vacuna, accediendo a ponerme la segunda dosis. Entiendo que el fabricante ha indicado que el efecto de inmunización se logra dentro de 7 a 14 días de esta segunda dosis.
- Mi información de salud no ha cambiado desde que recibí la primera dosis. No tuve un efecto adverso ni reacción alérgica severa a la primera dosis que impida que reciba la segunda. De haber tenido alguna reacción, lo he reportado y he consultado con un médico.
- Entiendo que aunque reciba esta segunda dosis, el fabricante ha recomendado que mantenga las protecciones recomendadas contra el COVID-19, tales como el uso de mascarilla, el distanciamiento y el lavado de mano frecuente y profundo.
- No conozco razón alguna por la cual no debe proceder con la segunda dosis de la vacuna contra el COVID-19 Pfizer-BioNTech.

Y para certificar que todo esto es cierto, plasmo mi firma abajo.

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_