

## ATESTACIÓN: TERCERA DOSIS DE LA VACUNA CONTRA EL COVID-19 PARA INDIVIDUOS INMUNOCOMPROMETIDOS

APELLIDOS	NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	TELÉFONO
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO
CÓDIGO POSTAL		

\_\_\_\_\_  
PONGA LAS INICIALES

**Soy un individuo entre moderado y gravemente inmunocomprometido y/o estoy recibiendo tratamiento para uno de los siguientes:**

- Tratamiento activo o reciente para malignidades hematológicas y de tumor sólido
- Otro trastorno hematológico que puede ocasionar un estado inmunocomprometido
- Recipiente de trasplante de órgano sólido o de trasplante reciente de células madre hematopoyéticas
- Inmunodeficiencia primaria moderada o grave (p. ej., los síndromes de DiGeorge, de Wiskott-Aldrich)
- Infección avanzada por VIH o Infección por VIH sin tratamiento
- Tratamiento activo con corticosteroides en dosis altas (p. ej.,  $\geq 20$ mg de prednisona o su equivalente por día), agentes alquilantes, antimetabolitos, fármacos inmunosupresores relacionados con un trasplante, agentes quimioterapéuticos contra el cáncer clasificados como severamente inmunosupresores, bloqueadores de la necrosis tumoral (TNF, por sus siglas en inglés), y otros agentes biológicos que son inmunosupresores o inmunomoduladores.

\_\_\_\_\_  
PONGA LAS INICIALES

**Han pasado por lo menos 28 días desde que recibí la segunda dosis de la vacuna contra el COVID-19.**

\_\_\_\_\_  
PONGA LAS INICIALES

**Tengo por lo menos 12 años para poder recibir la tercera dosis de la vacuna contra COVID-19 hecha por Pfizer o tengo por lo menos 18 años para poder recibir la tercera dosis de la vacuna contra COVID-19 hecha por Moderna.**

FIRMA	FECHA
-------	-------

NOMBRE Y PARENTESCO CON LA/EL PACIENTE (SI ES MENOR O SI HAY TUTOR)