



Estado de Louisiana

Departamento de Salud de Louisiana

Formulario de autodeclaración de factores de riesgo médicos para la tercera dosis de la vacuna contra la COVID-19 en el estado de Louisiana

El estado de Louisiana, junto con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) ahora recomiendan que las personas cuyos sistemas inmunitarios estén comprometidos de manera moderada a grave, y estén completamente vacunados con una vacuna de ARNm (Pfizer o Moderna) contra la COVID-19 reciban una dosis adicional de la misma vacuna de ARNm contra la COVID-19. Los pacientes pueden autodeclarar su condición completando y firmando este formulario.

Marque al lado de la afección médica de alto riesgo que tenga y firme al final del formulario. El centro de vacunación guardará una copia de este formulario, y es posible que el estado la audite. Traiga este formulario (o una copia) a su cita de vacunación. No es necesaria ninguna otra documentación por parte de su médico.

Recibe tratamiento activo contra el cáncer para tumores o cánceres de la sangre

Recibió un trasplante de órgano y actualmente está tomando medicamentos para suprimir el sistema inmunitario

Recibió un trasplante de células madre dentro de los últimos 2 años o actualmente está tomando medicamentos para suprimir el sistema inmunitario

Tiene inmunodeficiencia primaria moderada o grave (como el síndrome de DiGeorge o de Wiskott-Aldrich)

Infección por VIH avanzada o no tratada

Recibe tratamiento activo con dosis altas de corticoides (≥ 20 mg de prednisona o un equivalente por día) u otros fármacos que puedan suprimir su respuesta inmunitaria

Otras afecciones que causan inmunosupresión moderada o grave similar a las afecciones anteriores

Las personas deben hablar con su proveedor de atención médica sobre su problema de salud para evaluar si es apropiado que reciban una dosis adicional.

Firmado: _____ Fecha: _____

**Firme este formulario y tráigalo a su cita de vacunación.*