



# GARLAND

---

## PUBLIC HEALTH

## Formulario de registro de tercera dosis de COVID-19

El CDC recomienda que las personas inmunocomprometidas moderadamente o gravemente reciban una tercera dosis de vacuna contra el COVID-19 con ARNm. Al firmar a continuación, usted certifica que cumple con uno o más de los siguientes criterios.

- Recibe tratamiento activo contra el cáncer de tumores o cánceres de la sangre
- Recibió un trasplante de órganos y está tomando medicamentos para suprimir el sistema inmunológico
- Recibió un trasplante de células madre en los últimos 2 años o está tomando medicamentos para suprimir el sistema inmunológico
- Inmunodeficiencia primaria moderada o grave (por ejemplo, síndrome de DiGeorge, síndrome de Wiskott-Aldrich)
- Infección por VIH avanzada o no tratada
- Tratamiento activo con corticosteroides en dosis altas u otros fármacos que pueden suprimir el sistema inmune
- Diagnosticado con condiciones que se consideran que tienen un nivel equivalente de inmunocomprometidos como el anterior

Doy fe de que tengo una o más de los requisitos mencionados anteriormente para recibir una tercera dosis de la vacuna contra el COVID-19 de Moderna o Pfizer.

---

Firma de nombre impreso

---

Firma