

## **Lista de verificación para completar el formulario VAERS**

(VAERS aceptará un informe aun cuando no puede proporcionar toda esta información)

### Información del PACIENTE que recibió la vacuna

- Nombre, dirección, número de teléfono y dirección de correo electrónico
- Fecha de nacimiento
- Sexo (masculino o femenino)
- Fecha y hora de vacunación
- Fecha y hora en que comenzó el evento adverso (problema de salud)
- Edad al momento de la vacunación
- Si la paciente estaba embarazada en el momento de la vacunación; la fecha estimada del parto (sólo para mujeres, si corresponde)
- Medicamentos con o sin receta, suplementos dietéticos u homeopáticos que usa
- Alergias a medicamentos, alimentos u otros productos
- Otras enfermedades en el momento de la vacunación (y hasta un mes antes)
- Condiciones de salud crónicas o a largo plazo

### Información sobre la persona que completa o envía el formulario VAERS

- Nombre, dirección, número de teléfono y dirección de correo electrónico
- Relación con el paciente (por ejemplo: profesional médico, padre, cuidador, etc.)

### Información sobre el profesional médico

- Nombre y número de teléfono del mejor médico o profesional de la salud que podamos contactar para obtener más información sobre el paciente y el evento adverso

### Información sobre el centro médico (o lugar) donde se administró la vacuna

- Nombre del centro / clínica, número de fax, dirección y número de teléfono
- Tipo de centro médico (por ejemplo: consultorio médico u hospital, farmacia o tienda, clínica laboral, etc.)

### Información sobre qué vacunas se administraron y qué le sucedió al paciente

- Tipo de vacuna y marca, fabricante y número de lote
- Cómo se administró la vacuna (ruta de administración, lugar del cuerpo donde se administró y número de dosis si la vacuna era parte de una serie)
- Descripción del evento adverso, incluyendo el tratamiento médico y el diagnóstico
- Resultados de estudios médicos y pruebas de laboratorio
- Resultado del evento adverso (por ejemplo: visita al consultorio médico, visita a la sala de emergencias, hospitalización, etc.)
- Si el paciente se recuperó del evento adverso

### Información Adicional

- Cualquier otra vacuna que recibió el paciente hasta un mes antes de la fecha de vacunación actual (incluya el tipo y la marca de la vacuna, el fabricante, el número de lote y ruta de la administración de la vacuna)
- Eventos adversos después de vacunaciones previas
- Raza y etnicidad del paciente