

Formulario de declaración para vacunación contra COVID-19

Actualizado: 18 de marzo de 2022

Programa de MassHealth para Profesionales de Enfermería Independientes (IN)

Cada Profesional de Enfermería Independiente (IN) inscrito en MassHealth debe completar este formulario actualizado, guardarlo en su propio expediente personal y presentarlo al afiliado de Administración Comunitaria de Casos (CCM) y/o a su representante para confirmar el estado de vacunación de dicho IN y así ayudar al afiliado de CCM a decidir sobre su seguridad y cuidados personales.

Se debe presentar este formulario a la agencia de MassHealth o a la persona designada si se lo solicitan.

Los profesionales de enfermería independiente (IN) que se rehúsen a completar este formulario y/o cumplir con los reglamentos promulgados, o con los decretos ejecutivos emitidos por el Departamento de Salud Pública relacionados con los requisitos de vacunación contra la COVID-19 estarán sujetos a las sanciones económicas que determine la agencia de MassHealth.

Al firmar a continuación, reconozco lo siguiente:

- Entiendo que, según lo estipulado por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts en el reglamento 105 CMR 159.000: la *Vacunación contra COVID-19 para determinados empleados que brinden servicios de cuidados domiciliarios en Massachusetts*, se exige a los Profesionales de Enfermería Independientes (IN), que trabajen en el Programa de IN de MassHealth, que completen todo el calendario obligatorio de dosis de la vacuna contra la COVID-19 antes del 31 de octubre de 2021. Esto incluye:
 - Dos dosis de la vacuna de Pfizer o Moderna; o
 - Una dosis de la vacuna de Johnson & Johnson.
- Entiendo que, conforme al Decreto Ejecutivo Nro. 2022-01 por la Emergencia de Salud Pública por COVID-19 emitido por la entonces comisionada interina de Salud Pública el 6 de enero de 2022, se exige que los IN, que trabajan en un programa de MassHealth, reciban la dosis adicional o el refuerzo de la vacuna contra la COVID-19 antes del 28 de febrero de 2022. La fecha límite para cumplir con el requisito se extendió al 21 de marzo de 2022, para los IN que trabajen en el Programa de IN de MassHealth.
- Soy elegible para vacunarme con una dosis adicional o un refuerzo de la vacuna contra la COVID-19 si recibí la primera serie de vacunas anti-COVID-19 hace al menos cinco meses (Pfizer o Moderna), o hace al menos dos meses si me vacuné con Johnson & Johnson, o cualquier otro período similar según lo recomendado por los CDC. Si yo fuera elegible a partir del 21 de marzo de 2022, debo vacunarme con la dosis adicional o el refuerzo de la vacuna contra la COVID-19 lo antes posible después de ser elegible y antes de las tres semanas posteriores a la fecha en que sea elegible.

- He recibido información respecto a los riesgos y los beneficios de vacunarme contra la COVID-19, la cual incluye la información indicada en www.mass.gov/info-details/massachusetts-law-about-vaccination-immunization. **Según este requisito, el afiliado de CCM y/o su representante puede decidir que yo no le brinde los servicios de CSN (enfermería especializada de manera continua).**
- Puedo presentar los comprobantes de mi estado de vacunación o los documentos que demuestren que califico para una exención; y
- Entiendo que si califico para recibir una exención o que si no me vacuno, yo podría correr un riesgo mayor de contraer la COVID-19 y/o de transmitirla a los demás.

Estado de vacunación del IN

Al firmar a continuación, declaro lo siguiente bajo pena de perjurio (por favor marque una):

- ☐ He completado todo el calendario obligatorio de dosis de la vacuna contra la COVID-19. Específicamente, he recibido dos dosis de la vacuna de Pfizer-BioNTech, o dos dosis de la vacuna de Moderna, o una dosis de la vacuna de Johnson & Johnson más una dosis adicional o el refuerzo de la vacuna contra la COVID-19.
- ☐ He recibido dos dosis de la vacuna de Pfizer-BioNTech, o dos dosis de la vacuna de Moderna, o una dosis de la vacuna de Johnson & Johnson, pero aún no he recibido una dosis adicional o el refuerzo de la vacuna contra la COVID-19 debido a que en este momento no soy elegible. Seré elegible el _____ (Escriba la fecha).
- ☐ He solicitado una exención para no vacunarme contra la COVID-19 debido a una de las siguientes (por favor marque una):
- ☐ Un profesional médico independiente y con licencia, que tiene conmigo una relación médico-paciente, ha determinado que administrarme la vacuna contra la COVID-19 está contraindicado médicamente, es decir, la vacuna anti-COVID-19 sería perjudicial para mi salud. Asimismo tengo documentos de dicho profesional médico independiente y con licencia que demuestran dicha determinación;
- o
- ☐ Me opongo a vacunarme contra la COVID-19 debido a mis sinceras creencias religiosas y he brindado la documentación que demuestra mis sinceras creencias religiosas.
- ☐ Actualmente no estoy vacunado/a contra la COVID-19 y no estoy solicitando (o no califico para solicitar) una exención.

Nombre del IN

Firma del IN

Fecha de la firma

Nombre del afiliado de CCM

Firma del Afiliado, Representante o Tutor Legal

Fecha de la firma