

**APÉNDICE 3 DEL PROTOCOLO PARA EL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

**FORMULARIO DE PRUEBAS JUSTIFICATIVAS EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN
SIN CULPA DEL COVAX PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

INSTRUCCIONES / AVISOS IMPORTANTES PARA LOS SOLICITANTES:

1. ¿Cuándo se debe usar este formulario?: Utilice este formulario de Pruebas Justificativas para facilitar las pruebas médicas que se exigen de conformidad con la sección 8 a) del formulario para presentar una Solicitud de compensación en el marco del Programa. Deberá presentar el formulario de Pruebas Justificativas junto con el formulario de Solicitud (apéndice 2 del Protocolo del Programa). No cumplimente usted mismo el presente formulario. Como se indica a continuación, el formulario deberá ser completado por uno o varios Profesionales Sanitarios Colegiados.¹
2. Periodo de espera: Salvo en el caso que se indica *infra*, se debe observar un periodo de espera de 30 días desde la administración de la Vacuna al Paciente antes de iniciar los trámites para presentar una Solicitud de compensación en el marco del Programa. A este respecto, se ruega que no se cumplimente ni presente ninguna Solicitud y que no se obtengan Pruebas Justificativas si han transcurrido menos 30 días desde que se administró la Vacuna, ya que en tal caso no se aceptará ni examinará la Solicitud.
 - Excepción: El periodo de espera de 30 días antes descrito no se aplica en caso de que el Paciente haya muerto tras la administración de una Vacuna y que un Profesional Sanitario Colegiado considere que la muerte del Paciente ha sido causada por esta Vacuna o su administración.
3. Formulario a cumplimentar por un Profesional Sanitario Colegiado (no por el Solicitante): El presente formulario de Pruebas Justificativas deberá ser cumplimentado, firmado y fechado por al menos un profesional sanitario colegiado (tal como se describe en la nota 1, que figura a continuación), aunque también cabe la posibilidad de que varios Profesionales Sanitarios Colegiados lo cumplimenten. Los Profesionales Sanitarios Colegiados que cumplimenten el presente formulario deberán responder a todas las secciones/preguntas que figuran en él y proporcionar la mayor cantidad de datos e información posible. El propio Solicitante no debe cumplimentar el presente formulario de pruebas justificativas.
4. Anexos del presente formulario: Puede responder a las preguntas del presente formulario de pruebas justificativas remitiéndose a los documentos aportados con dicho formulario. No es necesario repetir la información que figura en los documentos proporcionados con el presente formulario en las respuestas facilitadas en el propio formulario.
5. Nombre, firma y fecha requeridos: Todos los Profesionales Sanitarios Colegiados que cumplimenten el presente formulario de Pruebas Justificativas deberán firmar e indicar la fecha y su nombre completo en la sección 2 del formulario.
6. Idiomas aceptados: Este formulario de Pruebas Justificativas debe cumplimentarse y presentarse únicamente en español, francés o inglés. En caso de que se cumplimente o presente en cualquier otro idioma, no será aceptado o tomado en consideración. No obstante, los documentos que deban presentarse junto con este formulario de Pruebas Justificativas podrán presentarse en otros idiomas, cuando no se encuentren disponibles en español, francés o inglés.

¹ El término «Profesional Sanitario Colegiado» se refiere a cualquier profesional de la salud, entre los que cabe incluir a médicos, cirujanos, enfermeras, parteras, enfermeras de atención directa, asistentes médicos, psiquiatras, fisioterapeutas, ergoterapeutas, dentistas y farmacéuticos, que esté debidamente colegiado o legalmente autorizado para ejercer la profesión en la economía que puede optar al AMC en la que el Paciente reside y ha recibido la Vacuna o, en caso de defectos congénitos, en la que reside y ha recibido la Vacuna la madre del Paciente.

APÉNDICE 3 DEL PROTOCOLO PARA EL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC

7. El hecho de que los profesionales sanitarios colegiados *a)* no cumplimenten todas las secciones/preguntas del presente formulario de Pruebas Justificativas, o *b)* no firmen ni indiquen la fecha o su(s) nombre(s) completo(s) en dicho formulario dará lugar a la denegación de la Solicitud o a retrasos en su tramitación.
8. Plazo de presentación: Una vez que los Profesionales Sanitarios Colegiados hayan cumplimentado, firmado y fechado debidamente el presente formulario de Pruebas Justificativas, el Solicitante deberá presentarlo junto con el formulario de Solicitud y los demás documentos que se exigen en la sección 8 del formulario de Solicitud al Administrador del Programa antes de que finalice el plazo de notificación aplicable (a tenor de lo dispuesto en el apéndice 1 del Protocolo del Programa). Si el Solicitante presenta este formulario de Pruebas Justificativas después de que finalice el plazo de notificación aplicable, no podrán aceptarse ni examinarse el presente formulario de Pruebas Justificativas ni la Solicitud conexas.
9. Forma de presentar este formulario: Una vez que el presente formulario haya sido debidamente cumplimentado, firmado y fechado por los Profesionales Sanitarios Colegiados, el Solicitante deberá presentar este formulario de Pruebas Justificativas junto con el formulario de Solicitud y los demás documentos que se exigen en la sección 8 del formulario de Solicitud al Administrador del Programa por cualquiera de los siguientes medios:
 - Subiéndolos al portal web del Programa, disponible en www.covaxclaims.com;
 - Enviándolos por correo electrónico a covaxclaims@esis.com; o
 - Enviándolos por correo postal a uno de los centros regionales del Programa, cuyas direcciones figuran en el anexo 1 del presente formulario de Pruebas Justificativas (Información de contacto de los centros regionales) y también en el sitio web del Programa, en www.covaxclaims.com.
10. Definiciones: Los términos en mayúscula que se utilizan pero no se definen en la presente Solicitud tienen el significado que se les da en el Protocolo del Programa, que se puede consultar en www.covaxclaims.com.

**APÉNDICE 3 DEL PROTOCOLO PARA EL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

FORMULARIO DE PRUEBAS JUSTIFICATIVAS

NOTA IMPORTANTE PARA CUMPLIMENTAR EL PRESENTE FORMULARIO: Usted puede responder a las preguntas del presente formulario de Pruebas Justificativas remitiéndose a los documentos facilitados junto con el presente formulario. No es necesario repetir la información que figura en los documentos facilitados junto con el presente formulario en las respuestas enunciadas en el propio formulario.

1. INFORME DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS COLEGIADOS²

A. INFORMACIÓN RELATIVA AL PACIENTE³	
Nombre completo del Paciente, incluidos los segundos nombres	
Dirección postal del Paciente (incluyendo la ciudad, el código postal y el país)	
Fecha de nacimiento del Paciente (día/mes/año)	
Sexo del Paciente	

² El término «Profesional Sanitario Colegiado» se refiere a cualquier profesional de la salud, entre los que cabe incluir a médicos, cirujanos, enfermeras, parteras, enfermeras de atención directa, asistentes médicos, psiquiatras, fisioterapeutas, ergoterapeutas, dentistas y farmacéuticos, que esté debidamente colegiado o legalmente autorizado para ejercer la profesión en la economía que puede optar al AMC en la que el Paciente reside y ha recibido la Vacuna o, en caso de defectos congénitos, en la que reside y ha recibido la Vacuna la madre del Paciente.

³ Se entiende por el término «Paciente» una persona: (i) que es un ciudadano, residente o un individuo que haga parte de una población de interés para la Reserva Humanitaria del Mecanismo COVAX (según la definición actualizada del Comité Permanente entre Organismos (IASC) de las Naciones Unidas) en una economía que puede optar al AMC; y (ii) a quien se le administró una Vacuna en una economía que puede optar al AMC; y (iii) que afirma o de quien se afirma que ha sufrido un Evento adverso grave que está relacionado con una Vacuna o con su administración y que, a su vez, ha tenido como resultado una Lesión. Se entiende por Lesión una lesión corporal o enfermedad grave sufrida por un paciente que:

- i) exige la hospitalización o la prolonga; y
- ii) da lugar a una Deficiencia total o parcial permanente; o
- iii) consiste en una lesión o enfermedad congénita en un hijo nonato o recién nacido de una mujer que haya recibido una Vacuna y que dé lugar a una Deficiencia total o parcial permanente; o
- iv) tiene como resultado la muerte.

**APÉNDICE 3 DEL PROTOCOLO PARA EL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

B. INFORMACIÓN RELATIVA A LOS PROFESIONALES SANITARIOS COLEGIADOS QUE CUMPLIMENTAN EL PRESENTE FORMULARIO

1. Nombre(s) completo(s), incluidos los segundos nombres, de los Profesionales Sanitarios Colegiados que cumplimentan el presente formulario de Pruebas Justificativas.

2. Nombre del hospital, dispensario u otro lugar de trabajo de los Profesionales Sanitarios Colegiados que cumplimentan el presente formulario, en particular: A) las direcciones postales, B) las direcciones de correo electrónico, y C) los números de teléfono.

3. Tipo de colegiatura que poseen los Profesionales Sanitarios Colegiados que cumplimentan el presente formulario, junto con los números de registro u otros medios para identificar la colegiatura. Por ejemplo, si usted es una enfermera colegiada del sistema público, sírvase indicar «enfermera» e indique su número de registro.

**APÉNDICE 3 DEL PROTOCOLO PARA EL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

C. INFORMACIÓN RELATIVA A LA VACUNA ADMINISTRADA AL PACIENTE

NOTA IMPORTANTE: SI LA VACUNA ES UNA VACUNA CON PROGRAMA DE DOS DOSIS, INDIQUE A CONTINUACIÓN SI EL PACIENTE RECIBIÓ LAS DOS DOSIS DE LA VACUNA Y, DE SER ASÍ, PROPORCIONE LOS DETALLES DE AMBAS DOSIS.

1. Datos de la Vacuna administrada al Paciente (o, en el caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente), incluidos A) el nombre, B) la(s) dosis, C) el/los número(s) de lote y D) la(s) fecha(s) de caducidad de la Vacuna.

2. Si se conocen, datos del diluyente (si lo hay) utilizado con la(s) dosis de la Vacuna administrada al Paciente (o, en el caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente), incluidos A) el nombre, B) la(s) dosis, C) el/los número(s) de lote, y D) la(s) fecha(s) de caducidad del diluyente.

3. Fecha(s) y lugar(es) en que se administró la(s) dosis de la Vacuna al Paciente (o, en el caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente). Sírvase indicar la(s) fecha(s) en el formato de día/mes/año.

4. Si es aplicable, proporcione:
 - A. Nombre de la Agencia Humanitaria que suministró o administró la(s) dosis de la Vacuna al Paciente o, en el caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente; y
 - B. Nombre(s) de la(s) persona(s) focal(es) en esa Agencia Humanitaria

**APÉNDICE 3 DEL PROTOCOLO PARA EL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

5. Sírvase indicar si la(s) dosis de la Vacuna que se administraron al Paciente se utilizaron de conformidad con el prospecto de esa Vacuna, según lo aprobado por la autoridad nacional reguladora funcional o estricta de referencia (según corresponda).

Sí _____ No _____ (Marque una única respuesta)

Si la respuesta es «no», por favor informe detalladamente de qué manera la utilización de la Vacuna fue diferente a lo indicado en su prospecto o no lo respetó (según lo aprobado por la autoridad nacional reguladora funcional o estricta)?

D. INFORMACIÓN RELATIVA A LA LESIÓN O ENFERMEDAD SUFRIDA POR EL PACIENTE DESPUÉS DE QUE SE LE ADMINISTRARA(N) LA(S) DOSIS DE LA VACUNA.

NOTA IMPORTANTE: SI UN PACIENTE HA FALLECIDO, CUMPLIMENTE LA PRESENTE SECCIÓN D EN LA MEDIDA EN QUE SEA APLICABLE, ADEMÁS DE CUMPLIMENTAR LA SECCIÓN E.

1. Si el Paciente recibió dos dosis de la Vacuna, indique si la lesión o enfermedad sufrida por el Paciente ha comenzado después de la administración de la primera o de la segunda dosis de la Vacuna.

2. Describa la lesión o enfermedad sufrida por el Paciente después de que se le administrara(n) la(s) dosis de la Vacuna al Paciente (o, en el caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente). Sírvase indicar:
 - A) los datos de todos los exámenes y pruebas del Paciente en relación con dicha lesión o enfermedad; y
 - B) si procede, los datos de toda lesión o enfermedad congénita.

**APÉNDICE 3 DEL PROTOCOLO PARA EL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

3. En cuanto a los síntomas, describa lo siguiente:

- A) todos los síntomas presentados por el Paciente después de que se le administrara(n) la(s) dosis de la Vacuna al Paciente (o, en el caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente);
- B) la fecha (día/mes/año) en que se registraron los síntomas por primera vez; y
- C) para cada síntoma, su nivel de gravedad; y
- D) los datos de las secuelas.

En particular, sírvase mencionar:

- toda reacción local grave sufrida por el Paciente después de que se le administrara(n) la(s) dosis de la Vacuna (y si esa reacción se extendió más allá de la articulación más próxima); y
- toda convulsión (febril o no), absceso, sepsis, encefalopatía, síndrome del choque tóxico, trombocitopenia, anafilaxia, fiebre (superior a 38 grados centígrados).

4. ¿Ha necesitado el Paciente algún tratamiento por la lesión o la enfermedad sufrida después de que se le administrara(n) la(s) dosis de la Vacuna al Paciente (o, en el caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente)?

Si la respuesta es afirmativa, describa qué tratamiento se ha dispensado al Paciente por la lesión/enfermedad sufrida después de que se le administrara(n) la(s) dosis de la Vacuna al Paciente (o, en el caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente).

**APÉNDICE 3 DEL PROTOCOLO PARA EL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

5. Describa hasta qué punto el Paciente se ha recuperado o no (según el caso) de la lesión o la enfermedad sufrida después de que se le administrara(n) la(s) dosis de la Vacuna al Paciente (o, en el caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente).

6. En su opinión, ¿cuál ha sido la causa de la lesión o enfermedad sufrida por el Paciente?

7. Si se conoce, indique la fecha (día/mes/año) y el lugar en que la lesión o enfermedad sufrida por el Paciente se notificó por primera vez a un Profesional Sanitario Colegiado o al sistema de salud.

8. Describa el alcance de cualquier Deficiencia permanente del Paciente y el pronóstico para este último como consecuencia de dicha Deficiencia

9. ¿Cuál es el impacto funcional en el Paciente de la lesión o la enfermedad sufrida después de que se le administrara(n) la(s) dosis de la Vacuna al Paciente (o, en el caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente)?

**APÉNDICE 3 DEL PROTOCOLO PARA EL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

10. Datos de cualquier hospitalización, o prolongación de una hospitalización existente, del Paciente durante más de 24 horas consecutivas en relación con la lesión o la enfermedad sufrida por el Paciente después de que se le administrara(n) la(s) dosis de la Vacuna al Paciente (o, en el caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente), entre ellos:
- A) la fecha (día/mes/año) en la que el Paciente fue ingresado en el hospital o en la que se prolongó una hospitalización existente del Paciente;
 - B) la fecha (día/mes/año) en la que el Paciente fue dado de alta del hospital; y
 - C) el tipo de atención/tratamiento dispensado al Paciente durante la hospitalización inicial por la lesión o enfermedad sufrida después de que se le administrara(n) la(s) dosis de la Vacuna al Paciente (o, en el caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente); y
 - D) si procede, el tipo de atención/tratamiento dispensado al Paciente durante la prolongación de la hospitalización, en su caso, por la lesión/enfermedad sufrida después de que se le administrara(n) la(s) dosis de la Vacuna al Paciente (o, en el caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente).

**APÉNDICE 3 DEL PROTOCOLO PARA EL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

11. Datos de otros medicamentos/vacunación, en la medida en que se conozcan:

- A) Datos de cualquier medicamento tomado por el Paciente y/o de cualquier otra vacuna administrada al Paciente después de que se le administrara(n) la(s) dosis de la Vacuna al Paciente, y/o durante el periodo de seis semanas antes de la administración de cada una de la(s) dosis de la Vacuna al Paciente, entre ellos:
- el nombre de los medicamentos/vacunas;
 - la dosis
 - el periodo de tiempo de la toma o administración (expresado en día/mes/año)

- B) en el caso de defectos congénitos, los datos de cualquier medicamento tomado por la madre del Paciente y/o cualquier otra vacuna administrada a esta durante el embarazo y/o seis semanas antes del inicio del embarazo, entre ellos:
- el nombre de los medicamentos/vacunas;
 - la dosis;
 - el periodo de tiempo de la toma o administración (expresado en día/mes/año)

12. Datos de la medicación habitual anterior, en la medida en que se conozcan. Datos de todo medicamento no señalado anteriormente que haya tomado el Paciente durante un período ininterrumpido de más de tres semanas en los 24 meses antes de la administración de cada una de la(s) dosis de la Vacuna al Paciente, entre ellos:

- el nombre de los medicamentos;
- la dosis
- el periodo de tiempo de la toma (expresado en día/mes/año)

**APÉNDICE 3 DEL PROTOCOLO PARA EL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

13. Datos de toda afección médica preexistente y conocida del Paciente o, en el caso de defectos congénitos, de la madre del Paciente (es decir, de toda afección médica existente antes del período de tiempo en que se administró la(s) dosis de la Vacuna al Paciente o, en el caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente)
14. ¿Había sufrido con anterioridad el Paciente alguna lesión o enfermedad similar? En caso afirmativo, describa la lesión o enfermedad similar anterior.
15. En caso de defectos congénitos, ¿tuvo la madre del Paciente otro hijo nonato o recién nacido con una lesión o enfermedad congénita? En caso afirmativo, facilite los datos pertinentes.
16. En su opinión, ¿es posible que la lesión o enfermedad sufrida por el Paciente después de que se le administrara(n) la(s) dosis de la Vacuna al Paciente (o, en el caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente) fuera causada por cualquier lesión o enfermedad anterior del Paciente, o consecuencia de ella (o, en el caso de defectos congénitos, de la madre del Paciente)?
En caso afirmativo, facilite los datos pertinentes.

**APÉNDICE 3 DEL PROTOCOLO PARA EL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

17. En la medida en que se conozca, ¿había sufrido con anterioridad algún familiar cercano del Paciente, como por ejemplo un hermano, una hermana, un progenitor, un hijo/hija, una tía, un tío o un primo hermano/prima hermana, alguna lesión o enfermedad similar?
En caso afirmativo, indique de qué familiar cercano se trata y describa la lesión o enfermedad similar.

18. ¿Ha observado alguna lesión o enfermedad similar a la sufrida por el Paciente en otros Pacientes que recibieron (o, en el caso de defectos congénitos, cuya madre recibió) la misma Vacuna?

E. SI EL PACIENTE HA FALLECIDO, INFORMACIÓN SOBRE SU DEFUNCIÓN:

1. Si el paciente ha fallecido después de que se le administrara(n) la(s) dosis de la Vacuna al Paciente, sírvase:
 - a) señalar la fecha del fallecimiento del Paciente (día/mes/año) y todas las causas del fallecimiento indicadas en el certificado de defunción; e
 - b) incluir los datos de la autopsia practicada al Paciente.

**APÉNDICE 3 DEL PROTOCOLO PARA EL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

2. De conformidad con la sección G, que figura a continuación, sírvase facilitar una copia del certificado de defunción del Paciente y cualquier otro documento disponible sobre la causa del fallecimiento del Paciente y el modo en que este se produjo.
3. En su opinión, ¿cuáles son las causas del fallecimiento del Paciente?

4. ¿Ha observado otros fallecimientos similares al del Paciente en otros Pacientes que recibieron la misma Vacuna que el Paciente fallecido? En caso afirmativo, facilite los datos pertinentes.

F. OTROS DATOS:

Exponga cualesquiera otros datos que considere relevantes para la reclamación de compensación del Paciente en el marco del Programa

G. DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ FACILITARSE CON EL PRESENTE FORMULARIO

1. Sírvase facilitar la documentación que confirme que la(s) dosis de la Vacuna fue(ron) administrada(s) al Paciente (o, en el caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente), por ejemplo, una copia de la tarjeta o certificado de inmunización, una copia de el/los registro(s) de inmunización del lugar de vacunación que acredite la administración de la(s) dosis de la Vacuna, o una copia del formulario nacional de investigación de eventos adversos posvacunales cumplimentado.

**APÉNDICE 3 DEL PROTOCOLO PARA EL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

2. Sírvase adjuntar una copia de todos los documentos y el historial médicos disponibles relacionados con la lesión o enfermedad sufrida por el Paciente después de que la administración de la(s) dosis de la Vacuna, entre ellos la ficha del caso, las notas del caso, el informe de alta, los informes de laboratorio, el informe de la autopsia, así como las recetas de la medicación concomitante y/o habitual, como se ha mencionado anteriormente, etcétera.
3. Si está disponible, adjunte también una copia del formulario de investigación de los EAPV, la evaluación de la causalidad por parte del comité de EAPV y la documentación conexas.⁴

En caso de discrepancia o incoherencia entre la versión en inglés del presente formulario de Pruebas Justificativas y cualquier traducción del mismo, la versión en inglés prevalecerá en todos los casos.

2. DECLARACIÓN Y FIRMA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS COLEGIADOS

Al firmar a continuación, certifico/certificamos que:

- antes de cumplimentar el presente formulario de Pruebas Justificativas, se ha observado un plazo de espera de 30 días desde que se administró la(s) dosis de la Vacuna al Paciente (o, en el caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente); y

- las declaraciones y respuestas que figuran en el presente formulario de Pruebas Justificativas son verdaderas y correctas a mi/nuestro leal saber y entender.

Entiendo/entendemos que si estas declaraciones o respuestas no fueren verdaderas, cuando proceda, el Administrador tendrá derecho a acudir a la autoridad pertinente encargada de hacer cumplir la ley para su ulterior investigación.

Nombre completo del Profesional Sanitario Colegiado: _____

Cargo: _____

Firma: _____

Fecha: _____

⁴ Las investigaciones de los EAPV y las evaluaciones de la causalidad pueden ser llevadas a cabo por un ministerio de salud, o en el marco del programa nacional de inmunización de dicho ministerio, o por los comités conexos, que podrán poner a disposición de los interesados los documentos relativos a dichas investigaciones y evaluaciones.

**APÉNDICE 3 DEL PROTOCOLO PARA EL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

Nombre completo del Profesional Sanitario Colegiado: _____

Cargo: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Anexo 1 – Información de contacto de los centros regionales del Programa

APÉNDICE 3 DEL PROTOCOLO PARA EL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC

ANEXO 1

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA LOS CENTROS REGIONALES DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DE COVAX PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC (EL «PROGRAMA»)

En el cuadro que figura a continuación se recogen los nombres, direcciones y números de teléfono directos (*) de los diferentes centros regionales que participan en el Programa, a través de los que se puede:

- A. contactar al Administrador del Programa en caso de dudas al respecto o se necesita ayuda para cumplimentar o presentar un formulario de Solicitud o los otros formularios del Programa; y
- B. presentar al Administrador del Programa (por correo certificado): 1) los documentos de la Solicitud (es decir, el formulario de Solicitud del apéndice 2, el formulario de pruebas justificativas del apéndice 3 y todos los otros documentos que deben presentarse con arreglo a las condiciones indicadas en los formularios); 2) los otros formularios del Programa; y 3) cualesquiera otros documentos que sea obligatorio o esté permitido presentar con arreglo a los formularios del Programa.

(*) También existe una Línea directa de asistencia telefónica mundial para el Programa, que es el 1-833-276-8262. El número de teléfono de la Línea directa de asistencia telefónica mundial puede ser gratuito o de pago para usted, dependiendo de la economía que puede optar al AMC desde la que llame. Antes de llamar a cualquiera de los números de teléfono que se indican a continuación, compruebe si la llamada tiene algún coste.

AVISO IMPORTANTE: Los centros regionales que figuran a continuación prestan servicio exclusivamente a las economías que pueden optar al AMC enumeradas a la derecha del centro regional. Póngase en contacto solamente con el centro regional correcto y presente los formularios del Programa y otros documentos solamente a dicho centro regional —es decir, el centro regional que presta servicio a la economía que puede optar al AMC *en la que se le administró la Vacuna a usted* o al Paciente en cuyo nombre presenta usted la Solicitud, según proceda.

APÉNDICE 3 DEL PROTOCOLO PARA EL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC

Centro regional Información de contacto	Economías que pueden optar al AMC					
<p><u>Sudáfrica</u> Crawford & Company PO Box 782023 Sandton 2146 Sudáfrica +27 (0)11 463 5900</p>	<p>1. Angola 2. Benin 3. Burkina Faso 4. Burundi 5. Cabo Verde 6. Camerún 7. Chad 8. Comoras</p>	<p>9. Congo, Rep. Dem. 10. Congo, Rep. 11. Côte d'Ivoire 12. Djibouti 13. Eritrea 14. Eswatini 15. Etiopía 16. Gambia 17. Ghana</p>	<p>18. Guinea 19. Guinea-Bissau 20. Kenya 21. Lesotho 22. Liberia 23. Madagascar 24. Malawi 25. Maldivas 26. Malí 27. Mauritania</p>	<p>28. Mozambique 29. Níger 30. Nigeria 31. República Centroafricana 32. Rwanda 33. Santo Tomé y Príncipe 34. Senegal 35. Sierra Leona</p>	<p>36. Somalia 37. Sudán 38. Sudán del Sur 39. Tanzania 40. Togo 41. Uganda 42. Zambia 43. Zimbabwe</p>	
<p><u>Australia</u> Crawford & Company GPO Box 1016, Brisbane QLD 4004 Australia +61 7 3223 3100</p>	<p>44. Fiji 45. Islas Marshall 46. Islas Salomón 47. Kiribati 48. Micronesia (Estados Federados de) 49. Papua Nueva Guinea</p>			<p>50. Samoa 51. Tonga 52. Tuvalu 53. Vanuatu</p>		
<p><u>Alemania</u> Crawford & Company Werdener Strasse 4, 40227 Düsseldorf Alemania +49 211 95456250</p>	<p>54. Kosovo 55. Moldova 56. República Kirguisa 57. Tayikistán 58. Ucrania 59. Uzbekistán</p>					

APÉNDICE 3 DEL PROTOCOLO PARA EL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC

<p>México Crawford & Company de México, S.A. DE C.V. Miguel Laurent No. 17 Piso, 601. Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez Ciudad de México C.P. 03200 México +52 55 5093 6467</p>	<p>60. Dominica 61. El Salvador 62. Granada 63. Guyana 64. Haití</p>	<p>65. Honduras 66. Nicaragua 67. Santa Lucía 68. San Vicente y las Granadinas</p>
<p>Brasil Crawford & Company Geraldo Flausino Gomes, 78 14º Andar Cidade Monções 04575-060 São Paulo Brasil +55-11-3879-7500</p>	<p>69. Bolivia</p>	
<p>Singapur Crawford & Company 8 Shenton Way #03-01, AXA Tower Singapur 068811 Singapur +65 6632 8639</p>	<p>70. Camboya 71. Corea, Rep. Pop. Dem. 72. Indonesia 73. Lao RPD</p>	<p>74. Myanmar 75. Timor-Leste 76. Viet Nam</p>
<p>Hong Kong Crawford & Company 24/F Sunshine Plaza, 353 Lockhart Rd, Wanchai Hong Kong +852 2526 5137</p>	<p>77. Mongolia 78. Filipinas</p>	
<p>Emiratos Árabes Unidos Crawford & Company P.O. Box 2976 Dubai (Emiratos Árabes Unidos) +971 4 345 9541</p>	<p>79. Egipto, Rep. Árabe 80. Siria, Rep. Árabe 81. Yemen, Rep.</p>	

APÉNDICE 3 DEL PROTOCOLO PARA EL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC

<p><u>India</u> Puri-Crawford Unit No.1, First floor, Windsor Terrace, Above Hotel Samruddhi, Vishrantwadi, Pune, Maharashtra 411015 India +91 (020) - 26612524</p>	<p>82. Afganistán 83. Bangladesh 84. Bhután 85. India 86. Nepal 87. Pakistán 88. Sri Lanka</p>
<p><u>Israel</u> Crawford-Tosman No. 2 Choma Umigdal St., Tel Aviv, Israel, 6777102 +972 35 628 811</p>	<p>89. Ribera Occidental y Gaza</p>
<p><u>Bélgica</u> Crawford & Company Jan Olieslagerslaan 41 1800 Vilvoorde, Bélgica +32 2 257 03 52</p>	<p>90. Argelia 91. Marruecos 92. Túnez</p>

[FIN DEL FORMULARIO DE PRUEBAS JUSTIFICATIVAS]