

**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

**INSTRUCCIONES / AVISOS IMPORTANTES PARA LOS SOLICITANTES Y LOS PROFESIONALES
SANITARIOS COLEGIADOS:**

1. **Definiciones:** Las definiciones de los términos en mayúscula que se utilizan en la presente Solicitud, tales como por ejemplo “Solicitante”, “Lesión”, “Vacuna”, “Economías que pueden optar al AMC”, “Profesional Sanitario Colegiado”, “Paciente”, etc., se pueden consultaren las Definiciones del Programa, disponibles en <http://www.covaxclaims.com>.
2. **¿Cuándo y cómo usar este formulario?:** Este formulario de Pruebas Justificativas deberá ser completado por uno o varios Profesionales Sanitarios Colegiados¹, y no por el Solicitante. Este formulario de Pruebas Justificativas se debe utilizar para facilitar las pruebas médicas que se exigen de conformidad con la **Sección 8 a)** del formulario de Solicitud (**Apéndice 2** del Protocolo del Programa). El Solicitante puede presentar una Solicitud de compensación en el marco del Programa si ha sufrido (o si la persona que representa ha sufrido) una Lesión a raíz de la administración de una **Vacuna** en una Economía que puede optar al AMC. Para saber cuáles son la Economías que pueden optar al AMC cubiertas por el Programa, consulte la lista bajo de la Pregunta 5 de las Preguntas frecuentes sobre el Programa (disponibles en www.covaxclaims.com). Para presentar una Solicitud de compensación en el marco del Programa, el Solicitante debe presentar el presente formulario de Pruebas Justificativas junto con el formulario de Solicitud.
3. **Periodo de espera:** Salvo si la persona a la que representa ha fallecido, se debe observar un periodo de espera de 30 días desde la administración de la dosis de Vacuna que se considera que ha resultado en la Lesión, antes de pedirle a uno o varios Profesionales Sanitarios Colegiados que cumplimenten el presente formulario de Pruebas Justificativas.
4. **Idiomas aceptados:** Este formulario de Pruebas Justificativas debe cumplimentarse y presentarse únicamente en español, francés o inglés. 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.
5. **Cumplimentación:** Uno o varios Profesionales Sanitarios Colegiados deberán cumplimentar el presente formulario lo más posible y proporcionar la mayor cantidad de datos e información posible. 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. **Anexos del presente formulario:** Los Profesionales Sanitarios Colegiados pueden 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.

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. Plazo de presentación: Tenga en cuenta que existe un plazo que el Solicitante presente al Programa los documentos de la Solicitud (es decir, los formularios de Solicitud (Apéndice 2) y de Pruebas Justificativas (Apéndice 3) debidamente cumplimentados, junto con los demás documentos exigidos). Los documentos de la Solicitud deben presentarse en el Plazo de notificación que le corresponde al Solicitante (o a la persona a la que representa el Solicitante). Si necesita ayuda para determinar cuál es el Periodo de notificación en el que debe presentar los documentos de la Solicitud, póngase en contacto con el Centro Regional pertinente del Programa por correo electrónico, teléfono o correo ordinario, o con el Administrador del Programa por correo electrónico en covaxclaims@esis.com. Si el Solicitante presenta este formulario de Pruebas Justificativas después de que finalice el Periodo de notificación aplicable, cabe la posibilidad de que no sea aceptada la Solicitud. Tenga en cuenta también que el proceso de Solicitudes del Programa concluirá el 30 de junio de 2027. No se podrá presentar ninguna Solicitud después de esta fecha.

8. Datos de contacto del Programa: Si Usted (el Profesional Sanitario Colegiado) tiene alguna pregunta o necesita asistencia para cumplimentar este formulario de Pruebas Justificativas, sírvase ponerse en contacto con el Programa tal y como se indica en el Anexo 1.

**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 (tales como informes médicos) 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 COLEGIADOS

A. INFORMACIÓN RELATIVA AL PACIENTE²	
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)	
Género del Paciente	
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 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 periódicamente 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)* da lugar a una Deficiencia total o parcial permanente; o
- ii)* 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
- iii)* 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**

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.

C. INFORMACIÓN RELATIVA A LA VACUNA ADMINISTRADA AL PACIENTE (O, EN EL CASO DE DEFECTOS CONGÉNITOS, A LA MADRE DEL PACIENTE)

NOTAS IMPORTANTES:

- SI LA VACUNA ES UNA VACUNA DE DOSIS ÚNICA, PROPORCIONE A CONTINUACIÓN LOS DETALLES DE LA DOSIS ÚNICA EN CUESTIÓN.
- SI LA VACUNA ES UNA VACUNA DE DOS DOSIS, INDIQUE A CONTINUACIÓN SI SE HAN ADMINISTRADO AL PACIENTE (O, EN EL CASO DE DEFECTOS CONGÉNITOS, A LA MADRE DEL

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

PACIENTE) LAS DOS DOSIS DE LA VACUNA Y, DE SER ASÍ, PROPORCIONE LOS DETALLES DE AMBAS DOSIS.

- SI SE HA/HAN ADMINISTRADO AL PACIENTE (O, EN EL CASO DE DEFECTOS CONGÉNITOS, A LA MADRE DEL PACIENTE) ALGUNA(S) DOSIS ADICIONAL(ES) Y/O DOSIS DE REFUERZO ADEMÁS DEL PROGRAMA ORIGINAL DE UNA O DOS DOSIS, FACILITE TAMBIÉN LOS DETALLES DE DICHA(S) DOSIS ADICIONAL(ES) Y/O DE REFUERZO.

1. Datos de **cada dosis** de la Vacuna administrada al Paciente (o, en el caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente), incluidos: A) el nombre de la Vacuna, B) la(s) dosis, C) el/los número(s) de lote o partida y D) la(s) fecha(s) de caducidad.
2. Si se conocen, datos del diluyente (si lo hay) utilizado con **cada dosis** de la Vacuna administrada al Paciente (o, en el caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente), incluidos: A) el nombre del diluyente, B) la(s) dosis, C) el/los número(s) de lote o partida, y D) la(s) fecha(s) de caducidad.
3. Fecha(s) y lugar(es) (por ejemplo, un centro sanitario) en que se administró cada dosis de la Vacuna al Paciente o, en el caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente. Si la Vacuna se administró en una unidad móvil de vacunación, indique “unidad móvil de vacunación en” [incluya el nombre de la ciudad o pueblo]. Sírvase indicar la(s) fecha(s) en que se administró cada dosis en el formato de día/mes/año.

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

4. En la medida en que se conozca, sírvase indicar si la(s) dosis de la Vacuna que se administraron al Paciente (o, en el caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente) se utilizaron de conformidad con el prospecto de esa Vacuna.³

Sí _____ No _____ Se desconoce _____ (Marque una única respuesta)

Si la respuesta es «no», por favor explique detalladamente de qué manera la utilización de la Vacuna fue diferente a lo indicado en su prospecto.

D. INFORMACIÓN RELATIVA A LA LESIÓN O ENFERMEDAD SUFRIDA POR EL PACIENTE (O, EN EL CASO DE DEFECTOS CONGÉNITOS, POR LA MADRE DEL PACIENTE) DESPUÉS DE QUE SE LE ADMINISTRARA(N) LA(S) DOSIS DE LA VACUNA AL PACIENTE (O, EN EL CASO DE DEFECTOS CONGENTOS, A LA MADRE DEL PACIENTE).

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 más de una dosis de la Vacuna ha sido administrada, indique después de cual dosis de la Vacuna (primera, segunda, dosis de refuerzo, etc.) comenzó la lesión o enfermedad sufrida por el Paciente.

³ Tenga en cuenta que, si el gobierno del país ha autorizado, recomendado o permitido el uso de la Vacuna de una manera distinta a la indicada en el prospecto de dicha Vacuna, los Eventos adversos graves derivados de dicho uso pueden seguir siendo objeto de compensación en el marco del Programa. Como se establece en la Sección 1 b) del Protocolo del Programa, en el caso de que un gobierno de cualquier Economía que pueda optar al AMC autorice, recomiende o permita el uso de una Vacuna de una manera no acorde con el prospecto de dicha Vacuna, los Eventos adversos graves derivados de dicho uso de la Vacuna podrán optar a una compensación en virtud del Programa (de conformidad con el Protocolo del Programa), siempre y cuando dicho uso de la Vacuna cumpla las recomendaciones del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre inmunización de la OMS (SAGE) y las orientaciones de la OMS relativas a la aplicación de dichas recomendaciones.

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

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.

3. En cuanto a los síntomas, describa lo siguiente:
- A) todos los síntomas presentados por el Paciente después de que se administrara cada 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 aparecieron los síntomas por primera vez;
 - C) la fecha (día/mes/año) en que se notificaron los síntomas por primera vez (si difieren de la fecha indicada en (B));
 - D) para cada síntoma, su nivel de gravedad; y
 - E) los datos de cualquier secuela (resultado o evolución de la lesión/enfermedad, incluyendo cualquier consecuencia sanitaria relacionada).

En particular, sírvase mencionar:

- toda reacción local grave sufrida por el Paciente o, en el caso de defectos congénitos, por la madre del Paciente, después de que se le administrara cada 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).

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

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).

Proporciónese esta información por separado para cada dosis de Vacuna administrada.

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).

Proporciónese esta información por separado para cada dosis de Vacuna administrada.

6. En su opinión, ¿fue/fueron la(s) dosis de la Vacuna administrada(s) al Paciente (o, en el caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente) la causa de la lesión o enfermedad sufrida por el Paciente? Si la respuesta es negativa, indique cuál fue en su opinión la causa de la lesión.

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

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 (discapacidad) del Paciente y el pronóstico para este último como consecuencia de dicha Deficiencia (discapacidad).

9. ¿Cuál es el impacto funcional diario 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)?

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(s) fecha(s) (día/mes/año) en la que el Paciente fue ingresado en el hospital o en la(s) que se prolongó una hospitalización existente del Paciente;
 - B) la(s) fecha(s) (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 o la prolongación de la hospitalización existente 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).

**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 (si lo hay) por el Paciente y/o de cualquier otra vacuna (otra que contra la COVID-19) 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 cada medicamento/vacuna;
 - la dosis;
 - el periodo de tiempo de la toma o administración (expresado en día/mes/año).

Proporciónese esta información por separado para cada dosis de Vacuna administrada.

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

- B) En el caso de defectos congénitos, los datos de cualquier medicamento tomado (si lo hay) por la madre del Paciente y/o cualquier otra vacuna (otra que contra la COVID-19) administrada a esta durante el embarazo y/o seis semanas antes del inicio del embarazo, entre ellos:
- el nombre de cada uno de los medicamentos/vacunas;
 - la dosis;
 - el periodo de tiempo de la toma o administración (expresado en día/mes/año).

Proporcionése esta información por separado para cada dosis de Vacuna administrada.

12. **Datos de la medicación habitual anterior a largo plazo, en la medida en que se conozcan.** Enumere todos los medicamentos y/o terapias médicas (por ejemplo, quimioterapia o radioterapia) no señalados anteriormente que haya tomado y/o a los que se haya sometido el Paciente (o, en el caso de defectos congénitos, la madre del 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 (o, en el caso de defectos congénitos, la madre del Paciente), entre ellos:
- el nombre de cada uno de los medicamentos y/o terapia médica;
 - 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. Describa cualquier afección médica preexistente y conocida del Paciente (o, en el caso de defectos congénitos, de la madre del Paciente), es decir toda afección médica existente antes de la administración de cada una de las dosis de la Vacuna al Paciente o, en el caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente.

14. En la medida en que se conozca, indique también si el Paciente (o, en el caso de defectos congénitos, la madre del Paciente) ha sido tratado por un profesional sanitario durante los 24 meses anteriores a la administración de cada una de las dosis de la Vacuna al Paciente (o, en el caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente) y, en caso afirmativo, para qué afección(es) médica(s). Indique el nombre, la dirección y el número de teléfono del profesional sanitario en cuestión, si dispone de ellos.

15. ¿Había sufrido con anterioridad el Paciente alguna lesión o enfermedad similar? En caso afirmativo, describa la lesión o enfermedad similar anterior.

16. 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.

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

17. 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.

18. 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.

19. En el caso de defectos congénitos, y en la medida en que se conozca, ¿tuvo un familiar cercano de la madre del Paciente un hijo nonato o recién nacido con una lesión o enfermedad congénita? En caso afirmativo, facilite los datos pertinentes.

20. ¿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?

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

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 (EAPV) cumplimentado.
- 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 la administración de la(s) dosis de la Vacuna al Paciente (o, en el caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente), 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 o a largo plazo, 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

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

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**

de espera de 30 días desde la administración de la dosis de la Vacuna que se considera que ha provocado la Lesión (salvo en caso de fallecimiento del Paciente, en cuyo caso no se aplica este plazo de espera); 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: _____

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, direcciones de correo electrónico y números de teléfono directos (de pago) de los diferentes centros regionales 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.

En caso de preguntas en relación con el Programa o si necesita ayuda para cumplimentar este formulario de Pruebas Justificativas, puede contactar al centro regional asignado a (i) el país en el que el Paciente (o en el caso de defectos congénitos, la madre de la Paciente) ha sido vacunado, o (ii) el país de residencia del Solicitante o del Paciente (o en el caso de defectos congénitos, la madre del Paciente).

Los centros regionales del Programa están disponibles para ayudarlo en su lengua materna, así como también en inglés, francés o español. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, comuníquese con su centro regional asignado por correo electrónico, teléfono o correo ordinario utilizando la información de contacto que se proporciona en la tabla a continuación, y el centro regional hará lo posible para asistirlo en su lengua materna.

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—es decir, el centro regional que presta servicio a la Economía que puede optar al AMC en la que se le administró la Vacuna al Paciente (o en el caso de defectos congénitos, la madre del Paciente) o en la que reside el Solicitante o el Paciente (o en el caso de defectos congénitos, la madre del Paciente).

Centro regional Información de contacto	Economías que pueden optar al AMC				
Sudáfrica Crawford & Company	1. Angola	9. Congo, Rep. Dem.	18. Guinea	28. Mozambique	36. Somalia
	2. Benin	10. Congo, Rep.	19. Guinea-Bissau	29. Níger	37. Sudán

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

<p>PO Box 782023 Sandton 2146 Sudáfrica +27 (0)11 463 5900 Covaxclaims.SouthAfrica@crawford.com</p>	<p>3. Burkina Faso 4. Burundi 5. Cabo Verde 6. Camerún 7. Chad 8. Comoras</p>	<p>11. Côte d'Ivoire 12. Djibouti 13. Eritrea 14. Eswatini 15. Etiopía 16. Gambia 17. Ghana</p>	<p>20. Kenya 21. Lesotho 22. Liberia 23. Madagascar 24. Malawi 25. Maldivas 26. Malí 27. Mauritania</p>	<p>30. Nigeria 31. República Centroafricana 32. Rwanda 33. Santo Tomé y Príncipe 34. Senegal 35. Sierra Leona</p>	<p>38. Sudán del Sur 39. Tanzania 40. Togo 41. Uganda 42. Zambia 43. Zimbabwe</p>
<p>Australia Crawford & Company GPO Box 1016, Brisbane QLD 4004 Australia +61 7 3223 3100 Covaxclaims@crawco.com.au</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>Alemania Crawford & Company Werdener Strasse 4, 40227 Düsseldorf Alemania +49 211 95456250 Covaxclaims@crawco.de</p>	<p>54. Kosovo 55. Moldova 56. República Kirguisa 57. Tayikistán 58. Ucrania 59. Uzbekistán</p>				
<p>México Crawford & Company de México, S.A. DE C.V. Miguel Laurent No. 17 Piso, 601. Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez</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>		

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

<p>Ciudad de México C.P. 03200 México +52 55 5093 6467 Covaxclaims.Mexico@crawford.com</p>		
<p>Brasil Crawford & Company Geraldo Flausino Gomes, 78 14º Andar Cidade Monções 04575-060 São Paulo Brasil +55-11-3879-7500 Covaxclaims.Brazil@crawford.com</p>	<p>69. Bolivia</p>	
<p>Singapur Crawford & Company 8 Shenton Way #03-01, AXA Tower Singapur 068811 Singapur +65 6632 8639 Covaxclaims.Singapore@crawford.asia</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 Covaxclaims.HongKong@crawford.asia</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 Covaxclaims@crawco.me</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 Covaxclaims.India@crawford.com</p>	<p>82. Afganistán 83. Bangladesh 84. Bhután 85. India 86. Nepal 87. Pakistán 88. Sri Lanka</p>
<p><u>Israel</u> Crawford-Tossmán No. 2 Choma Umigdal St., Tel Aviv, Israel, 6777102 +972 35 628 811 Covaxclaims.Israel@crawford.com</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 Covaxclaims@crawco.be</p>	<p>90. Argelia 91. Marruecos 92. Túnez</p>

[FIN DEL FORMULARIO DE PRUEBAS JUSTIFICATIVAS]