

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VACUNAS

FECHA: \_\_\_\_\_ NUMERO DE HCL: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con DNI \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_

por medio de la presente constancia, en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento a la licenciada \_\_\_\_\_, de Sanna Centro Clínico \_\_\_\_\_ para que en ejercicio legal de su profesión y de acuerdo al procedimiento establecido, realice la administración de las siguientes vacunas:

VACUNA	DOSIS	LOTE	VENCIMIENTO

Entiendo que este procedimiento es parte de la prevención de enfermedades infecciosas que pueden afectar la salud y causar incluso la muerte y que la licenciada posee la capacitación suficiente para su realización; no obstante, podrían producir EVENTOS ADVERSOS y efectos secundarios propios de la vacuna como son dolor en la zona de punción, tumefacción y enrojecimiento, en algunos casos puede producir fiebre, además de reacciones alérgicas propias del paciente.

Declaro que me han informado que los resultados de la administración de la vacuna por vía parenteral podrían generar ciertos eventos descritos anteriormente, por lo que, habiendo leído y entendido el presente documento, reitero mi consentimiento y en constancia de ello lo firmo.

\_\_\_\_\_

Firma del paciente

DNI: \_\_\_\_\_

CEL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Apoderado o Encargado

DNI: \_\_\_\_\_

Nombres del paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas y riesgos del procedimiento y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende todo lo explicado.

Firma y sello del (la) Licenciado (a)

---

**NOMBRES DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_**FECHA:** \_\_\_\_\_

---

Marque SI o No al costado de cada pregunta para conocer si presenta alguna condición médica que contraindique la vacunación.

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. ¿Tiene malestar o algún problema de salud hoy?  | SI | NO |
| 2. ¿Es alérgico a algún medicamento, alimento, vacuna o al látex?  | SI | NO |
| 3. ¿Ha tenido antes una reacción importante a alguna vacuna?   | SI | NO |
| 4. ¿Ha recibido alguna vacuna el mes anterior?   | SI | NO |
| 5. ¿Tiene alguna enfermedad crónica?   | SI | NO |
| 6. ¿Ha tenido convulsiones, algún problema cerebral o el síndrome de Guillan Barre con anterioridad?                                       | SI | NO |
| 7. ¿Tiene leucemia, cáncer o alguna otra enfermedad que afecte a la inmunidad?   | SI | NO |
| 8. ¿Ha recibido algún tratamiento continuo en los últimos 15 días, o transfusiones de sangre o derivados en los últimos 6 meses?           | SI | NO |
| 9. ¿Convive con personas de edad avanzada o alguna persona con cáncer, trasplantes, o alguna otra circunstancia que afecte a la inmunidad? | SI | NO |
| 10. En el caso de tratarse de una adolescente ¿está embarazada o existe la posibilidad en qué mes de estación se encuentra?                | SI | NO |

**REFERENCIA: NTS N° 141. MINSA/2018/DGIESP. NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE ESTABLECE EL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN.**

---

**FIRMA DEL PACIENTE O APODERADO****DNI DEL PACIENTE O APODERADO**

---