

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Vacunación

Yo: _____ Madre, Padre o tutor del menor:

_____ (Nombre del paciente), con fecha de

nacimiento: _____ y Número de Expediente: _____, identificado

con la *Cartilla Nacional de Salud*.

En forma voluntaria acepto que la (el) enfermera (o) _____

vacunador del Centro de Salud: _____, le aplique la(s)

vacuna(s) como se completa en el cuadro del Reverso de este documento.

Se me explica la técnica de vacunación y los posibles riesgos como puede ser un Evento Supuestamente Atribuible a Vacunación e Inmunización (ESAVI) leve o grave.

Entiendo que los ESAVI leves pueden ser: lesiones en el sitio de aplicación, hinchazón de la pierna o brazo donde se aplicó, dolor, fatiga, fiebre, malestar, síntomas parecidos a la gripa, reacción alérgica, escurrimiento nasal, otitis media, tos, desmayo, hipotensión, mareo, dolor de cabeza, inflamación de una raíz nerviosa, náusea, vómito diarrea o dolor abdominal, alteraciones en el conteo de células de la sangre, salpullido, somnolencia, pérdida de apetito, enrojecimiento u otros.

Y que los ESAVI graves que pueden llegar a presentarse son: Infección/destrucción de hueso, infección en el sistema nervioso central, desorientación o cambios de comportamiento como puede ser irritabilidad, agresividad, llanto continuo, pérdida de la conciencia; asociado o no a crisis convulsivas, debilidad o pérdida de fuerza en piernas y brazos, parálisis facial, ceguera, inflamación de vasos sanguíneos, dolor/inflamación de alguna articulación, evacuación con sangre, invaginación intestinal o alguna situación que ponga en riesgo la vida.

Que en cualquiera de los casos buscaré atención médica inmediata para valorar la sintomatología y su asociación a la vacunación.

ANVERSO

Nombre de la vacuna	Fecha de Aplicación			Hora de aplicación	Nombre de Vacunador	Firma de Vacunador	Nombre de Madre, Padre o Tutor	Firma de Madre, Padre o Tutor
	DD	MM	AAAA					
1 BCG (RN)								
2 Hepatitis B - 1a dosis (RN)								
3 Hexavalente - 1a dosis (2 meses)								
Hexavalente - 2a dosis (4 meses)								
Hexavalente - 3a dosis (6 meses)								
Hexavalente - 4a dosis (18 meses)								
4 Rotavirus 1V - 1a dosis (2 meses)								
Rotavirus 1V - 2a dosis (4 meses)								
6 Neumococo conjugada 13V - 1a dosis (2 m)								
Neumococo conjugada 13V - 2a dosis (4 m)								
Neumococo conjugada 13V - 3a dosis (12 m)								
7 Neumococo 23V - 1a dosis								
Neumococo 23V - Refuerzo								
Neumococo 23V - Refuerzo								
8 Influenza estacional - 1a dosis (6 meses)								
Influenza estacional - 2a dosis (7 meses)								
Influenza estacional - Refuerzo								
Influenza estacional - Refuerzo								
Influenza estacional - Refuerzo								
Influenza estacional - Refuerzo								
9 SRP - 1a dosis (1 año)								
SRP - Refuerzo (6 años)								
10 SR (Adicional)								
SR (Adicional)								
11 DPT (4 años)								
12 Td (Adicional)								
Td (Adicional)								
13 Tdpa (Adicional)								
Tdpa (Adicional)								
Tdpa (Adicional)								
14 VPH - 1a dosis								
VPH - 2a dosis								
VPH - refuerzo								
15 Influenza pandémica								
16 Varicela - 1a dosis (1 año)								
Varicela - 2a dosis (6 años)								
17 Hepatitis A - 1a dosis								
Hepatitis A - 2a dosis								
18 Dengue - 1a dosis								
Dengue - 2a dosis								
Dengue - 3a dosis								
19 Antirrábica (1a dosis)								
Antirrábica (2a dosis)								
Antirrábica (3a dosis)								
20 Fiebre Amarilla (1a dosis)								
Fiebre Amarilla (Adicional)								
21 Meningococo								
22 COVID-19 (1a dosis)								
COVID-19 (2a dosis)								
COVID-19 (Adicional)								
23 Otra:								
24 Otra:								

Centro de Salud: _____ Municipio: _____ Estado: _____

Sello de la Unidad:

REVERSO