



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 gripe, 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)						
	Hexavalente - 1a dosis (2 meses)						
3	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)						
	Neumococo conjugada 13V - 1a dosis (2 m)						
6	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						
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: