

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACION DE VACUNACIÓN

BENEFICIOS:

Las vacunas son efectivas y seguras y protegen de diversas enfermedades como se menciona más abajo.

POSIBLES REACCIONES DESPUÉS DE LA VACUNA

- DT (Difteria y Tétanos): Alza térmica, dolor e inflamación en el área donde se aplicó la vacuna
- Hepatitis B (HvB): Dolor en la zona de aplicación.
- Influenza: Sensación de resfrío (malestar general, cefalea, alza térmica)
- VPH (Virus Papiloma Humano): Dolor, enrojecimiento o hinchazón en el lugar de la inyección, fiebre.

DECLARACIÓN:

Yo,, identificado (a) con DNI
Padre, madre o apoderado (a) de mi menor hijo (a)
..... con DNI, dejo constancia de haber sido informado sobre los beneficios y posibles reacciones de la administración de la vacuna, autorizo al personal de salud del Centro de Vacunación de la UCSM, la vacunación de las vacunas que le falten completar a mi hijo (a).

- | | | |
|-------------------------------|--------|--------|
| ➤ DT (Difteria y Tétanos) | SI () | NO () |
| ➤ Hepatitis B (HvB) | SI () | NO () |
| ➤ Influenza | SI () | NO () |
| ➤ VPH (Virus Papiloma Humano) | SI () | NO () |

Fecha:

Firma del padre/ madre o apoderado
DNI
Celular:

FORMATO DE PREGUNTAS PREVIAS A LA VACUNACIÓN

NOMBRES DEL PACIENTE (menor de edad): _____

FECHA: _____ **Escuela profesional:** _____ **Semestre:** _____

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 padre/ madre o apoderado
DNI
Celular: