



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD
DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
VACUNACIÓN CONTRA COVID - 19

DATOS GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO

1. Establecimiento de Salud: _____ 2. Región Sanitaria: _____
3. Distrito: _____ 4. Fecha de Vacunación (dd/mm/aaaa): ____/____/____

5. DATOS DEL PACIENTE

Yo, Apellido(s) y Nombre(s): _____ con:
Documento Id N°: _____, de Edad: _____ he sido informado por: _____

6. DATOS DEL RESPONSABLE

Aplica No Aplica

Yo, responsable, tutor o curador con:

1. Documento Id N°: _____, 2. Apellido(s) y Nombre(s): _____;
de: _____
3. Edad: _____ años, he sido informado por: _____

7. TIPO DE VACUNA¹ marcar la que corresponde

Plataforma de vector viral Sputnik- V

Plataforma Virus Inactivado Covaxin

Plataforma Vector Viral AstraZeneca

Plataforma ARNm (Moderna)

Plataforma ARNm (Pfizer BioNtech)

8. OBJETIVOS, CARACTERÍSTICAS, BENEFICIOS Y RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Se me ha informado del objetivo, las características y los beneficios de la vacunación, así como de sus potenciales riesgos.

Se me ha explicado las consecuencias que tendría para mi salud la no realización de la vacunación.

He realizado las preguntas que consideraré necesarias, todas han sido aclaradas y con respuestas que considero suficientes y aceptables.

Estoy informado de que puedo retirar o revocar este consentimiento comunicándole al responsable de la vacunación, sin tener que dar explicaciones y sin perjudicarme en mis derechos de usuario.

He sido informado que mis datos personales podrán ser publicados.

9. CONSENTIMIENTO

¹ Este documento será válido para las dosis necesarias para completar el esquema de vacunación correspondiente

9.1- Acepto

Sí

No

1. Fecha: ____/____/____

2. Firma del Paciente o responsable legal _____

3. Aclaración de firma: _____

4. N.º CI: _____

5. Firma del Profesional Sello y N.º de Registro Profesional _____

6. En caso de que su respuesta fuera negativa, firma de testigo: _____

7. Aclaración de la firma del testigo _____