

**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARA LA APLICACIÓN DE VACUNA ANTICOID-19**

El Consentimiento Informado es la potestad que usted tiene para decidir libremente, la aceptación o rechazo de la aplicación de vacuna antiCOVID-19 después de recibir la información respectiva.

La aplicación de la vacuna se realiza mediante la inyección intramuscular en el hombro (músculo deltoides), para ser efectiva, debo recibir 2 dosis, la primera hoy y la segunda en 21 días.

Las posibles reacciones desfavorables más frecuentes, son similares a los de las vacunas habitualmente utilizadas y recomendadas, que forman parte de los calendarios de vacunación; entre las más severas pueden ser:

**Inmediatas:** desmayo, presión arterial baja, mareos o rubor, dificultad para respirar, ronchas en la piel.

**Posterior a unas horas de la vacunación:** escozor, hinchazón o sensación de falta de aire.

Al mismo tiempo me informan que debo esperar en el área de observación posterior a la vacunación de 15 a 30 minutos; de no presentar molestias, podré retirarme luego de la autorización del personal de salud. Me explican que, si en el transcurso del día presento alguna molestia señalada previamente, debo dirigirme inmediatamente a mi establecimiento de salud para recibir atención médica.

En relación a la segunda dosis de la vacuna, me explican que debo asistir a recibirla en la fecha registrada en el carnet de vacunación, por lo cual, me comprometo a acudir a mi establecimiento de salud para recibir la misma.

Me explican que **no** se deben vacunar las personas que al momento de la vacunación son confirmados o tienen sospecha de estar con COVID-19, tampoco las mujeres embarazadas y menores de 18 años de edad. Debo comunicar si estoy en alguno de estos casos.

Preguntas y respuestas:

¿Entiendo por qué mes estoy vacunando?	SI	NO
¿Sé que en algún caso puedo presentar alguna reacción?	SI	NO
¿Entiendo que debo recibir una segunda dosis de la vacuna?	SI	NO

Aclaración de dudas:

.....

.....

Habiendo recibido información relacionada a la vacuna antiCOVID-19, firmo al pie dando mi consentimiento para recibir la vacuna.

Nombre y Apellido:	C.I.:
Firma y/o huella digital:	Fecha:

**RECHAZO DE LA VACUNACIÓN ANTICOID-19**

Recibida la información sobre la vacuna, sus posibles reacciones desfavorables y quienes no deben vacunarse, declaro que no estoy de acuerdo con mi vacunación, siendo responsable de los eventos posteriores en mi salud.

Nombre y Apellido:	C.I.:
Firma y/o huella digital:	Fecha:

Establecimiento de Salud de Caja Petrolera:	Nombre y firma de quien emite la información:
---	---