

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA LA APLICACIÓN DE VACUNA ANTICOIDVID-19
MENORES DE 5 A 11 AÑOS**

El Consentimiento Informado es la potestad que el **padre, madre o tutor** tiene para decidir libremente, la aceptación o rechazo de la aplicación de vacuna contra el COVID-19 después de recibir la información respectiva.

INFORMACION DE LA VACUNACION.

Las vacunas reducen el riesgo de que una persona se infecte por el virus (SARS CoV2) que causa la enfermedad por coronavirus (COVID-19). La protección optima de la vacuna se consigue hacia los 7 días tras haber recibido la 2ª dosis, aunque como cualquier otra vacuna puede que no proteja totalmente a todas las personas vacunadas.

La vacuna no puede provocar la enfermedad COVID-19 en la persona que lo reciba al contener solo parte de su material genético.

La administración de dos dosis de vacuna reducirá la probabilidad de enfermar, de desarrollar enfermedad grave y de morir. Sin embargo, las personas vacunadas deben continuar por el momento adoptando las medidas preventivas para reducir la transmisión (lavado de manos, uso de barbijo y distancia social).

La aplicación de la vacuna se realiza mediante inyección intramuscular en el brazo (músculo deltoides).

REACCIONES ADVERSAS.

Más frecuentes, dolor de cabeza, dolor en las articulaciones, dolor muscular, dolor en el lugar de la inyección, cansancio, escalofríos, fiebre, hinchazón en el lugar de la inyección.

Frecuentes, Nauseas, enrojecimiento en el lugar de la inyección.

Si en el transcurso del día presenta alguna molestia señalada previamente, debe dirigirse inmediatamente a un establecimiento de salud para recibir atención médica.

En relación a la segunda dosis de la vacuna, debe asistir a recibirla en la fecha registrada en el carnet de vacunación, por lo cual, se compromete a acudir al establecimiento de salud para recibir la misma.

Las personas que al momento de la vacunación son confirmados o tienen sospecha de estar con COVID-19, **NO** pueden recibir la vacuna.

Edad del menor: años.

Habiendo recibido información relacionada a la vacuna contra el COVID-19, **firma el padre, madre o tutor** al pie dando consentimiento para que el **menor de edad** reciba la vacuna.

Nombre y Apellido del menor de edad :	C.I.
Nombre y Apellido madre/padre/tutor :	C.I.:
Firma y/o huella digital:	Fecha:

RECHAZO DE LA VACUNACIÓN ANTICOIDVID-19

Recibida la información sobre la vacuna, sus posibles reacciones desfavorables y quienes no deben vacunarse, **declara el padre, madre o tutor** que no está de acuerdo con la vacunación del **menor de edad**.

Nombre y Apellido del menor de edad:	C.I.
Nombre y Apellido madre/padre/tutor:	C.I.:
Firma y/o huella digital:	Fecha:

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

