

**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARA LA APLICACIÓN DE VACUNA CONTRA EL COVID-19  
MENORES DE EDAD**

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.

La aplicación de la vacuna se realiza mediante inyección intramuscular en el brazo (músculo deltoides), para ser efectiva, deberá recibir las dosis correspondientes de acuerdo a la vacuna administrada.

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:** Dolor, escozor y/o hinchazón en el sitio de la inyección, sensación de falta de aire.

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 <b>menor de edad</b> :	C.I.
Nombre y Apellido <b>madre/padre/tutor</b> :	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, **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 <b>madre/padre/tutor</b> :	C.I.:
Firma y/o huella digital:	Fecha:

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