



## SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### PARA LA APLICACIÓN DE VACUNA ANTI - COVID-19

El Consentimiento informado es la potestad que usted tiene para decidir libremente, la aceptación o rechazo de la aplicación de **vacuna Anti – COVID-19**, después de recibir información respectiva.

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

Las posibles reacciones desfavorables más frecuentes son similares los de las vacunas habitualmente utilizadas y recomendadas, que forman parte de los calendarios de vacunación, entre las más severas pueden ser: inmediatas el desmayo, presión arterial baja, mareos o rubor, dificultad para respirar, ronchas en la piel, o al cabo de unas horas después de haberse vacunado, sentir 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 me podré retirar, posterior a la autorización del personal de salud. Asimismo, me explican que si en el transcurso del día presento alguna molestia o dificultad para respirar acuda de inmediato a mi hospital para recibir la 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 que me comprometo a asistir a mi hospital para recibir la 2da dosis.

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

Preguntas y respuestas:

¿Entiendo por qué me estoy vacunando?	SI	NO
¿Se 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 anti – COVID-19, respecto a sus beneficios, que debo recibir **2 dosis** de la vacuna, **quienes no deben vacunarse**, sus posibles **reacciones desfavorables** y siendo aclaradas mis dudas, firmo al pie dando mi consentimiento para recibir la vacuna.

Nombre y apellido:	Número de C.I.:
Firma y/o huella digital:	Fecha:

#### RECHAZO A LA VACUNACIÓN ANTI COVID-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 eventos posteriores en mi salud.

Nombre y apellido:	Número de C.I.:
Firma y huella digital:	Fecha:

Hospital:	Nombre y firma de quien emite la información:
-----------	-----------------------------------------------