

**PROTOCOLO PARA LA VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19 PARA ADOLESCENTES
DE 12 A 17 AÑOS.**

ANEXO N° 01

EXPRESIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: de del 2021

Hora:

Yo: de condición como
..... con DNI, declaro lo siguiente:

SI () NO () tengo síntomas compatibles con COVID-19; o he dado positivo a una prueba a COVID-19, en las últimas dos semanas; o estoy en seguimiento clínico por COVID-19.

SI () NO () he tenido contacto con alguien que dio positivo a la COVID-19, en las últimas dos semanas; o estoy en cuarentena.

En ese sentido, he sido informado (a) de los beneficios y los potenciales efectos adversos de la Vacuna contra la COVID-19 y, resueltas todas las preguntas y dudas al respecto, consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento de la normativa vigente; SI () NO () doy mi consentimiento para que el personal de salud me aplique la vacuna contra el COVID-19.

Firma o huella digital del padre/madre de familia,
acompañante o tutor legal
DNI N° _____

Firma y sello del personal de salud que
informa y toma el consentimiento
DNI: N° _____

Revocatoria / Desistimiento del consentimiento

Fecha: de del 2021

Hora:

Firma o huella digital del padre/madre de familia,
acompañante o tutor legal
DNI N° _____

Firma y sello del personal de salud que
informa y toma el consentimiento
DNI: N° _____

