



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL  
DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD  
**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
VACUNACIÓN CONTRA COVID - 19

**DATOS GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO**

1. Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_ 2. Región Sanitaria: \_\_\_\_\_  
3. Distrito: \_\_\_\_\_ 4. Fecha de Vacunación (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**5. DATOS DEL PACIENTE**

Yo, Apellido(s) y Nombre(s): \_\_\_\_\_ con:  
Documento Id N°: \_\_\_\_\_, de Edad: \_\_\_\_\_ he sido informado por: \_\_\_\_\_

**6. DATOS DEL RESPONSABLE**

Aplica  No Aplica

Yo, responsable, tutor o curador con:

1. Documento Id N°: \_\_\_\_\_, 2. Apellido(s) y Nombre(s): \_\_\_\_\_;  
de: \_\_\_\_\_  
3. Edad: \_\_\_\_\_ años, he sido informado por: \_\_\_\_\_

**7. TIPO DE VACUNA<sup>1</sup> marcar la que corresponde**

Plataforma de vector viral Sputnik- V

Plataforma Virus Inactivado: Covaxin

Plataforma Vector Viral Laboratorio AstraZeneca

Plataforma ARNm (Moderna)

**8. OBJETIVOS, CARACTERÍSTICAS, BENEFICIOS Y RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

Se me ha informado del objetivo, las características y los beneficios de la vacunación, así como de sus potenciales riesgos.

Se me ha explicado las consecuencias que tendría para mi salud la no realización de la vacunación.

He realizado las preguntas que consideré necesarias, todas han sido aclaradas y con respuestas que considero suficientes y aceptables.

Estoy informado de que puedo retirar o revocar este consentimiento comunicándole al responsable de la vacunación, sin tener que dar explicaciones y sin perjudicarme en mis derechos de usuario.

He sido informado que mis datos personales podrán ser publicados.

**9. CONSENTIMIENTO**

**9.1- Acepto**

Sí

No

1. Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. Firma del Paciente o responsable legal \_\_\_\_\_

3. Aclaración de firma: \_\_\_\_\_

4. N.º CI: \_\_\_\_\_

5. Firma del Profesional Sello y N.º de Registro Profesional \_\_\_\_\_

6. En caso de que su respuesta fuera negativa, firma de testigo: \_\_\_\_\_

7. Aclaración de la firma del testigo \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Este documento será válido para las dosis necesarias para completar el esquema de vacunación correspondiente