



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACION DE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 AZD-1222 DE OXFORD ASTRAZENECA

Yo _____ edad; _____

Número de identidad _____ de constancia que he sido ampliamente informado(a) sobre la evolución actual de la COVID-19, y las medidas de prevención actuales, dentro de las cuales está la aplicación de inmunización por medio de vacunación, por lo que he sido informado(a) de los riesgos y beneficios de la vacunación para la COVID-19 en los siguientes términos:

1. Existen efectos adversos posibles tras la aplicación de la vacuna (fiebre, fatiga, dolor muscular, dolor de cabeza, náuseas) para COVID-19, sin embargo, estudios internacionales con mucha evidencia científica han demostrado efectividad de la vacuna AZD-1222 la cual se me han propuesto como parte de un esquema de prevención hacia la enfermedad por la COVID-19.
2. Existen grupos a los cuales que por los momentos NO se les puede aplicar la vacuna por motivo de prevención ante una diferente recepción de la misma, personas menores de 18 años, pacientes femeninas en estado de embarazo o en periodo de lactancia materna.
3. En caso de ser género femenino manifiesto NO estar en estado de embarazo ni en periodo de lactancia materna.
4. He comprendido que, por el momento es la única alternativa disponible para la inmunización para COVID-19. El mismo se podrá ir modificando en el tiempo según la evidencia disponible a la fecha.
5. He comprendido que son dos dosis de vacunación, nuevamente que pueden tener efectos adversos variados, incluso algunos no esperados.

Manifiesto ser alérgico Si No en caso de ser afirmativo, he presentado alergia a:

Autorizo al profesional de salud a efectuar la documentación del procedimiento, con fines científicos, educativos y académicos, siempre que se haga absoluta reserva de mi identidad.

Doy fé de no haber omitido o alterado información al exponer mis antecedentes clínicos, he podido realizar todas mis preguntas, y que las mismas han sido aclaradas, habiendo comprendido los beneficios, riesgos y ausencia de alternativas disponibles al tratamiento propuesto.

Centro de la Vacunación: _____

Firma, huella e Identidad del paciente o responsable

Lugar: _____ Fecha: _____