



VACUNACIÓN SEGURA CONTRA LA COVID - 19

EDAD:

TIPO DE VACUNA A ADMINISTRAR: PFIZER AD PFIZER PED SINOPHARM ASTRAZENECA
MODERNA N° DE DOSIS FECHA: _____

APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA QUE VA SER VACUNADA:	
DNI DE LA PERSONA QUE VA SER VACUNADA:	
APELLIDOS Y NOMBRES DEL ACOMPAÑANTE	
DNI DEL ACOMPAÑANTE:	
TELÉFONO DE CONTACTO:	
DIRECCIÓN ACTUAL:	

ANEXO N° 5A

EXPRESIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ 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 del paciente y/o representante legal

DNI N°: _____

Firma y sello del personal de salud que informa y toma el consentimiento

DNI N°: _____

N°	PREGUNTAS DE DETECCIÓN DE COVID 19	SI	NO
1	En las últimas dos semanas, ¿ha dado positivo en COVID – 19 o actualmente está siendo monitoreado por COVID – 19?		
2	En las últimas dos semanas, ¿ha tenido contacto con alguien que dio positivo en COVID – 19? ¿Está en cuarentena?		
3	¿Tiene actualmente o ha tenido en los últimos 14 días fiebre, escalofríos, tos, dificultad para respirar, falta de aire, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, pérdida del olfato, dolor de garganta, náuseas, vómitos o diarrea?		

NOTA: Si la respuesta a alguna de las 3 preguntas es SÍ, se posterga la vacunación hasta 14 días después de su alta, EN CASOS DE HOSPITALIZACION COVID SON 90 DIAS POSTERIOR A ALTA.