



EXPRESIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre y Apellido: _____

Paso 1
Consignar fecha

Fecha: dedel 2021

Paso 2
Consignar hora

Hora: _____

Paso 3
Nombre Completo

Yo: con

Paso 4
Consignar DNI

DNI....., declaro haber 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 Resolución Ministerial W848-2020/MINSA; SI () NO () doy mi consentimiento para que el

personal de salud, me apliquen la vacuna contra el COVID 19.

Paso 5
Consignar si da su Consentimiento con SI o No

SI () NO () Tengo comorbilidades que priorizan mi vacunación

SI () NO () Tengo comorbilidades que contraindican la vacunación

Paso 6
Responder si cuenta o no con comorbilidades que priorizan vacunación o la contraindican

.....
Firma o huella digital del paciente o representante legal
DNI N° _____

Paso 7
Colocar Firma o huella digital
Colocar DNI

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

Paso 8
Médico de triaje sellará y colocará DNI

REVOCATORIA / DESISTIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO

Fecha: dedel 2021

La revocatoria/ desistimiento será llenado en aquellos casos no se desee la vacunación

.....
Firma o huella digital del paciente o representante legal
DNI N° _____

.....
Firma y sello del personal de salud que informa y toma la revocatoria
DNI: N° _____