Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mayor de edad, identificado con Cédula de Ciudadanía número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como adulto responsable del niño (a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Con Número de Identificación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorizo al señor(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con profesión \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_para la administración de la vacuna solicitada:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. DPT: difteria– tétanos-tosferina

2. HIB (Haemophilus influenzae tipo b)

3. HEPATITIS B

4. POLIO

5. NEUMOCOCO

6. ROTAVIRUS

7. Triple Viral (sarampión, rubeolas, paperas)

8. HEPATITIS A

9. Fiebre Amarilla

10. VPH: Virus papiloma humano

11. Influenza

12. Varicela

**Riesgos**

Las vacunas pueden causar efectos secundarios, como cualquier medicamento.

La mayoría de las reacciones a las vacunas son leves: sensibilidad, enrojecimiento o hinchazón donde se administró la inyección; o fiebre leve. Estas se producen en alrededor de 1 de cada 4 niños. Aparecen inmediatamente después de administrar la inyección y desaparecen en el término de uno o dos días.

**Otras reacciones:**

* Vacuna DTaP

Problemas leves: Molestias, cansancio o falta de apetito, vómitos,

Problemas moderados**:** Convulsiones, llanto continuo durante 3 horas o más,

* Vacuna antineumocócica**:** molestias o somnolencia o pérdida del apetito.
* Vacuna contra el rotavirus:

Problemas leves: irritabilidad, diarrea o vómitos leves temporales. Esto ocurre en el término de la primera semana después de recibir una dosis de la vacuna.

Problemas graves: invaginación intestinal.

* FIEBRE AMARILLA: dolor de cabeza, dolor en los músculos y fiebre.
* VPH: Dolor, enrojecimiento, fiebre, nauseas, desmayos.

Declaro que he sido informado (a), plenamente sobre el procedimiento a realizar, los beneficios, riesgos, la preparación previa y las posibles complicaciones del procedimiento que se me ha descritoy que me fueron aclaradas todas mis dudas proporcionándome el tiempo suficiente para ello.

Tomando todo ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para realización del procedimiento y firmo a continuación:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

C.C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El paciente no puede firmar por:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DISENTIMIENTO INFORMADO**

**Procedimiento, Actividad O Tratamiento: Vacunación**

Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número Documento usuario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Usuario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por medio de la presente constancia, en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi **disentimiento**, para la realización del procedimiento: Aplicación de vacuna \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entiendo que este procedimiento hace parte del plan de tratamiento instaurado y que el personal de salud, posee la idoneidad y el entrenamiento suficiente; me han sido explicadas las implicaciones y posibles complicaciones por su **NO** realización; no obstante **me niego** al mismo, asumiendo los riesgos bajo mi propia responsabilidad y en constancia de ello firmo.

NOTA: Cuando se trate de un menor de edad, o el paciente no esté en capacidad de otorgar el disentimiento será la persona que lo representa, la encargada de firmar el presente documento.

Como personal de salud, certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas y riesgos del procedimiento y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende todo lo explicado.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del paciente o responsable Firma del profesional de la salud

C.C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_