

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-CoV-2/COVID-19

Fecha de elaboración: Enero de 2021 | Código F-CI-039 | Versión 1

CIUDAD \_\_\_\_\_ FECHA: DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA

NOMBRES: \_\_\_\_\_ APELLIDOS \_\_\_\_\_ TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC \_\_ TI \_\_ CC \_\_ CE \_\_ OTRO \_\_  
 NÚMERO IDENTIFICACIÓN \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ años  
 NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN PREVIA

La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tétanos, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. En conjunto, estas vacunas salvan cada año millones de vidas en el mundo. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a sí mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación.

Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

### DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>VACUNA Y DOSIS</b>   | Nombre de la vacuna a aplicar _____ Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis _____ ó dosis única _____  |
| <b>¿CÓMO SE APLICA?</b> | Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides)   |
| <b>BENEFICIOS</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2.</li> <li>• Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse.</li> <li>• Potencial protección del entorno familiar y los allegados.</li> </ul>  |
| <b>POSIBLES RIESGOS</b> | Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatía); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. <b>Estos no se presentan en todas las personas.</b> |
| <b>ALTERNATIVAS</b>     | A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.  |

### EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, después de haber recibido información por el personal de salud, de manera clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones tanto de la aplicación de la vacuna que se me ofrece, como de la negativa a su aplicación. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el laboratorio productor de la vacuna y de las medidas de autocuidado que debo realizar.

Así mismo, autorizo a la IPS para que la información contenida en el presente documento, así como la asociada al mismo, sea usada para fines investigativos y/o estadísticos con observancia a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y la Resolución 1995 de 1999.

ENTIENDO QUE LA SUSCRIPCIÓN DE ESTE DOCUMENTO CONSTITUYE UNA EXPRESIÓN AUTÓNOMA DE MI VOLUNTAD

En consecuencia, decido **ACEPTAR:** \_\_\_\_\_ que se me aplique la vacuna.

**1<sup>er</sup> Dosis**

Firma de la persona: \_\_\_\_\_

Razón por la que no firma: \_\_\_\_\_

**NO ACEPTAR:** \_\_\_\_\_ que se me aplique la vacuna.



Huella (en caso de que no sepa o no pueda firmar)

En consecuencia, decido **ACEPTAR:** \_\_\_\_\_ que se me aplique la vacuna.

**2<sup>da</sup> Dosis**

Firma de la persona: \_\_\_\_\_

Razón por la que no firma: \_\_\_\_\_

**NO ACEPTAR:** \_\_\_\_\_ que se me aplique la vacuna.



Huella (en caso de que no sepa o no pueda firmar)

**En caso de requerirse, identificación y firma de quien tiene la patria potestad, la representación legal o la custodia:**

Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_ Tipo de Identificación: RC \_\_ TI \_\_ CC \_\_ CE \_\_ otro \_\_ Número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Identificación y firma del vacunador**

Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_ Tipo de Identificación: RC \_\_ TI \_\_ CC \_\_ CE \_\_ otro \_\_ Número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO/DISTRITO: \_\_\_\_\_ MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

**Nota:** Cuanto se trate de menores entre 16 y 18 años, deberá firmar el menor junto con La persona que tiene la patria potestad, la representación legal o la custodia. La persona que no pueda o nosepa firmar podrá acudir a la firma a ruego, en los términos de ley. **Tipos de documentos de identidad:** RC: Registro Civil, TI: Tarjeta de Identidad, CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería