

## VACUNACIÓN ANTI-COVID 19

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO para menores

**Nombre y apellidos de la persona vacunada:**

Fecha de nacimiento:

Lugar de nacimiento:

Teléfono de residencia:

Yo, el abajo firmante nacido(a) en ..... el.....  
residente en ..... dirección .....  
como **madre** [] representante legal []

Yo, el abajo firmante nacido(a) en ..... el.....  
residente en ..... dirección .....  
como **padre** [] representante legal []

- He leído, me ha sido ilustrado en un idioma conocido y entendí completamente la Nota Informativa preparada por la Agencia Italiana de Medicamentos (AIFA) de la vacuna:" ....."
- Reporté al Doctor las patologías actuales y/o previas y las terapias actualmente en curso de la persona a vacunar.
- Tuve la oportunidad de aclarar dudas sobre la vacuna y el estado de salud de la persona a vacunar obteniendo respuestas exhaustivas y entendidas por mí.
- Me han informado correctamente con palabras claras para mí. Entendí los beneficios y riesgos de la vacunación, las modalidades y alternativas terapéuticas, así como las consecuencias de un eventual rechazo o renuncia a completar la vacunación con la segunda dosis, si la hubiera.
- Soy consciente de que si se produce algún efecto secundario será mi responsabilidad informar al médico tratante inmediatamente y seguir sus instrucciones.
- Acepto que la persona que recibirá la vacuna, permanezca en la sala de espera durante un tiempo de por lo menos 15 minutos a partir de la administración de la vacuna para asegurarse de que no se produzcan reacciones adversas inmediatas.

**Acepto y autorizo el suministro de vacuna " ....." a .....**

LUGAR Y FECHA.....

Firmas de los padres o del representante legal .....

En caso de ausencia de uno de los padres, en alternativa:

se puede presentar un poder para la aceptación de la vacuna del padre ausente

el padre presente declara y firma que: el padre ausente .....

no pudo asistir, pero consintió a la vacuna

Firma.....

**Rechazo la administración de la vacuna " ....."**

Lugar y Fecha .....

Firma de la Persona que rechaza la vacuna o de su representante legal .....

**Profesionales sanitarios del equipo de vacunación**

1. Nombre y apellido (médico).....

Confirmando que la persona a vacunar ha dado su consentimiento a la vacunación, después de haber sido informado adecuadamente.

Firma .....

2. Nombre y apellidos (médico u otro profesional sanitario) .....

Función.....

Confirmando que la persona a vacunar ha dado su consentimiento a la vacuna, después de haber sido informado adecuadamente.

Firma.....