

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VACUNACIÓN ESCOLAR

Fecha: _____

Yo, _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____, en calidad de padre/madre o acudiente del estudiante: _____ Grado: _____, Manifiesto que he sido informado(a) por el personal de salud sobre la importancia, beneficios y posibles efectos secundarios de la(s) vacuna(s) que se aplicarán en la jornada de vacunación escolar, la aplicación de la(s) vacuna(s) correspondiente(s) a mi hijo(a), en el marco del programa de vacunación adelantado por las autoridades de salud.

Declaro que:

He recibido información clara y suficiente sobre el procedimiento.

Entiendo que la vacunación es una medida de protección para la salud individual y colectiva.

Informo si mi hijo(a) presenta alguna condición especial de salud, alergias o antecedentes médicos relevantes:

he sido informado(a) por el personal de salud sobre la importancia, beneficios y posibles efectos secundarios de las vacunas contra COVID-19 y el Virus del Papiloma Humano (VPH).

Declaro además que informo si mi hijo(a) presenta alguna condición especial de salud, alergias o antecedentes médicos relevantes:

Entiendo que:

La vacuna contra COVID-19 ayuda a prevenir complicaciones graves asociadas a la enfermedad.

La vacuna contra el VPH protege contra infecciones que pueden causar enfermedades como el cáncer.

Pueden presentarse efectos secundarios leves como dolor en el sitio de aplicación, fiebre o malestar general.

En consecuencia:

☐ AUTORIZO la aplicación de:

☐ Vacuna contra COVID-19

☐ Vacuna contra VPH

☐ OTRA, CUAL _____

☐ NO AUTORIZO la aplicación de las vacunas mencionadas.

Nombre del padre/madre o acudiente: _____

Firma: _____

Teléfono de contacto: _____

Observaciones del personal de salud (opcional):