

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA VACUNAS
(IMM-1)**

Nombre del paciente: _____

Fec. Nac.: _____ Núm. de ID del paciente: _____

Padre/Madre/Tutor (si corresponde): _____ Fecha: _____

Vacunas administradas hoy (Marque todas que correspondan):

Nombre de la vacuna:	Fecha de la VIS:	Nombre de la vacuna:	Fecha de la VIS:
<input type="checkbox"/> DTaP (menor de 7 años)	_____	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	_____
<input type="checkbox"/> Tdap (7 años o mayor)	_____	<input type="checkbox"/> Hib	_____
<input type="checkbox"/> Td	_____	<input type="checkbox"/> Rotavirus	_____
<input type="checkbox"/> Meningocócica ACWY	_____	<input type="checkbox"/> Neumocócica (PCV)	_____
<input type="checkbox"/> Meningocócica B	_____	<input type="checkbox"/> Neumocócica (PPSV23)	_____
<input type="checkbox"/> MMR	_____	<input type="checkbox"/> Polio (IPV)	_____
<input type="checkbox"/> Varicela	_____	<input type="checkbox"/> HPV	_____
<input type="checkbox"/> Hepatitis A	_____	<input type="checkbox"/> MPOX	_____
<input type="checkbox"/> RSV (anticuerpo monoclonal)	_____	<input type="checkbox"/> Influenza	_____
<input type="checkbox"/> RSV (virus sincicial, adultos)	_____	<input type="checkbox"/> Influenza (VIVA)	_____
<input type="checkbox"/> Fiebre amarilla	_____	<input type="checkbox"/> Culebrilla (zóster, shingles)	_____
<input type="checkbox"/> COVID-19	_____	<input type="checkbox"/> Otra (especifique abajo):	_____
<input type="checkbox"/> Dengue	_____		_____

He leído (o me han leído) la información acerca de las vacunas marcadas más arriba. Me han dado las hojas informativas (VIS) de las vacunas. Tuve la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron contestadas a mi entera satisfacción. Entiendo los beneficios y los riesgos de las vacunas que se administrarán. Doy mi consentimiento para la administración de dichas vacunas y para compartir el registro de inmunización con los centros o instituciones que, por ley, deben tener esos registros y con los proveedores médicos autorizados para mí o para la persona nombrada, para quien estoy autorizado a tomar decisiones.

Firma del paciente o de otra persona autorizada: _____ Fecha: _____

Nombre y título del proveedor que administra la vacuna: _____ Fecha: _____

Vacunas administradas hoy (Marque todas que correspondan):

Nombre de la vacuna:	Fecha de la VIS:	Nombre de la vacuna:	Fecha de la VIS:
<input type="checkbox"/> DTaP (menor de 7 años)	_____	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	_____
<input type="checkbox"/> Tdap (7 años o mayor)	_____	<input type="checkbox"/> Hib	_____
<input type="checkbox"/> Td	_____	<input type="checkbox"/> Rotavirus	_____
<input type="checkbox"/> Meningocócica ACWY	_____	<input type="checkbox"/> Neumocócica (PCV)	_____
<input type="checkbox"/> Meningocócica B	_____	<input type="checkbox"/> Neumocócica (PPSV23)	_____
<input type="checkbox"/> MMR	_____	<input type="checkbox"/> Polio (IPV)	_____
<input type="checkbox"/> Varicela	_____	<input type="checkbox"/> HPV	_____
<input type="checkbox"/> Hepatitis A	_____	<input type="checkbox"/> MPOX	_____
<input type="checkbox"/> RSV (anticuerpo monoclonal)	_____	<input type="checkbox"/> Influenza	_____
<input type="checkbox"/> RSV (virus sincicial, adultos)	_____	<input type="checkbox"/> Influenza (VIVA)	_____
<input type="checkbox"/> Fiebre amarilla	_____	<input type="checkbox"/> Culebrilla (zóster, shingles)	_____
<input type="checkbox"/> COVID-19	_____	<input type="checkbox"/> Otra (especificar abajo):	_____
<input type="checkbox"/> Dengue	_____		_____

He leído (o me han leído) la información acerca de las vacunas marcadas más arriba. Me han dado las hojas informativas (VIS) de las vacunas. Tuve la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron contestadas a mi entera satisfacción. Entiendo los beneficios y los riesgos de las vacunas que se administrarán. Doy mi consentimiento para la administración de dichas vacunas y para compartir el registro de inmunización con los centros o instituciones que, por ley, deben tener esos registros y con los proveedores médicos autorizados para mí o para la persona nombrada, para quien estoy autorizado a tomar decisiones.

Firma del paciente o de otra persona autorizada: _____ Fecha: _____

Nombre y título del proveedor que administra la vacuna: _____ Fecha: _____