

INFORMADO Y CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA CONTRA EL CORONAVIRUS

La nueva neumonía por coronavirus (la COVID-19) es una enfermedad infecciosa respiratoria aguda. Las principales manifestaciones clínicas son fiebre, tos seca, fatiga y un pequeño número de pacientes se acompaña de congestión nasal, secreción nasal, dolor de garganta, conjuntivitis, mialgia y diarrea. El pronóstico de la mayoría de los pacientes es bueno y algunos pacientes se encuentran en estado crítico. Se representa una grave amenaza para la salud pública mundial a medida que se propaga la pandemia. De acuerdo con las necesidades actuales para la prevención y control de la COVID-19, se realizará la vacunación contra coronavirus para personas de la edad adecuada.

«**Variedades de vacunas**» Actualmente las vacunas contra el coronavirus que están condicionalmente aprobadas para su comercialización en China cuentan con productos de 4 fabricantes, de los cuales 3 son vacunas inactivadas y 1 es vacuna de vector de adenovirus; además se aprobó una vacuna de subunidad recombinante (célula CHO) para uso de emergencia.

«**Efecto**» La vacunación puede estimular al cuerpo a producir inmunidad contra el coronavirus, y se usa para prevenir enfermedades causadas por el coronavirus.

«**Reacciones adversas**» Las reacciones adversas locales después de la vacunación son principalmente dolor en el lugar de la inyección, que incluyen picazón local, hinchazón local, induración local y enrojecimiento local, etc. Las principales reacciones adversas del organismo son el cansancio y la fatiga, que incluyen fiebre, dolores musculares, dolor de cabeza, tos, diarrea, náuseas, hastío y alergias, etc.

«**Contraindicaciones de vacunación**» Consulte las instrucciones del producto para conocer las contraindicaciones de la vacunación. Las contraindicaciones habituales para la vacunación incluyen: (1) quienes son alérgicos a las vacunas o componentes de la vacuna; (2) quienes padecen enfermedades agudas; (3) quienes están en el episodio agudo de enfermedades crónicas; (4) quienes son febril; (5) mujeres durante período de gestación.

«**Precauciones**» Quétese durante 30 minutos después de la vacunación; si no es apto después de la vacunación, busque tratamiento médico a tiempo e informe donde le vacuna. Al igual que otras vacunas, es posible que esta vacuna no proteja al 100% a todos los receptores. El contenido anterior detallado se puede encontrar en las instrucciones de la vacuna.

«**Compensación de reacción anormal**» Si se concluye una reacción anormal o no se puede descartar, después de la investigación y el diagnóstico o la identificación, la empresa de seguros determinada por el fabricante de la vacuna para ofertar por el seguro contra respuestas anormales a la vacunación es responsable de la compensación.

Lea atentamente lo anterior y proporcione con sinceridad el estado de salud del/la receptor/a y si existe alguna contraindicación para la vacunación.

-----Esta columna se complete el/la receptor/a o su tutor/a	
He entendido la información anterior y prometí proporcionar información veraz sobre mi estado de salud y si existe alguna contraindicación para la vacunación.	
Receptor/a / Tutor/a	Fecha: Año _____ Mes _____ Día _____

La relación entre tutor/a y receptor/a: ☐Madre ☐Padre ☐Otro (Especifique)_____

Para garantizar una vacunación segura y eficaz, el personal médico le solicitará la siguiente información de salud y brindará asesoramiento médico.

Fiebre, enfermedades agudas, episodios agudos de enfermedades crónicas	☐ Sí	☐ No
Alérgico a vacunas o componentes de vacunas, reacciones alérgicas graves a vacunas en el pasado.	☐ Sí	☐ No
Epilepsia incontrolada, encefalopatía, otras enfermedades neurológicas progresivas	☐ Sí	☐ No
Mujer durante período de gravidez	☐ Sí	☐ No
Enfermedad crónica severa*	☐ Sí	☐ No

* Indica el uso prudente de esta vacuna

Consejo médico: La vacuna inactivada contra coronavirs ☐Recomendada ☐Aplazada ☐No apto

Personal médico: _____ Fecha: Año _____ Mes _____ Día _____

Teléfono: _____ Unidad de vacunación (sello): _____

He aceptado la consulta de salud y estoy de acuerdo con el consejo médico.

Receptor/a / Tutor/a _____ Fecha: Año _____ Mes _____ Día _____

Carta de Compromiso para Recibir la Vacuna Inactivada contra el COVID-19

Yo _____(nombre), _____(sexo), nacido en (Año-Mes-Día), con número de pasaporte (o identificación de residente permanente extranjero) de _____. He leído atentamente el INFORMADO Y CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA CONTRA EL CORONAVIRUS, reconozco el contenido de los documentos antes mencionados, doy mi consentimiento para la vacunación voluntaria y pagaré todos los gastos pertinentes. Prometo informar sinceramente a los trabajadores de la salud en el lugar de mi información personal, como las condiciones de salud y las contraindicaciones de la vacuna. Soy plenamente consciente de la variedad, uso de la vacuna y sus contraindicaciones, así como de las posibles reacciones adversas tras la vacunación. Todos los riesgos asociados con la vacunación correrán por mi cuenta en su totalidad.

Nombre (en impreso):

Firma:

_____ Fecha: Día Mes del Año 2021