**EPS:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **ENTIDAD VACUNADORA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**NOMBRE DEL USUARIO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TIPO IDENTIFICACIÓN**: RC\_\_ CC\_\_ CE\_\_ TI\_\_ **N° IDENTIFICACIÓN:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VACUNACIÓN GESTANTE:** \_\_\_

**VACUNACIÓN MENOR DE 6 AÑOS:** \_\_\_

**NOMBRE ACOMPAÑANTE:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **PARENTESCO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **CELULAR:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CORREO ELECTRÓNICO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VACUNA QUE RECHAZA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Certifico que he sido informado (a) sobre los beneficios de la vacunación, los riesgos y posibles efectos adversos derivados de la misma, del mismo modo he sido informado que como consecuencia de la no aplicación de vacuna, se pueda contraer una enfermedad prevenible por vacuna, que si desarrollo la enfermedad puedo transmitirla a otras personas.

En consideración a lo anterior Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con documento de identidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, decido libremente no autorizar la aplicación de la vacuna a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con documento de identidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |
| --- |
| NOTA: El Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI, ofrece de forma gratuita el Esquema Nacional de Vacunación emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS, para el territorio nacional sin barreras en todos los centros de vacunación de la ciudad, con el fin de evitar las enfermedades prevenibles a través de inmunización. Sin embargo en caso de que el usuario rechace la vacunación, será responsable de su enfermedad, discapacidad o incluso muerte. |

FIRMA USUARIO FIRMA PADRE / ACUDIENTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

D.I. D.I.