

esta información, he hecho las preguntas que he considerado pertinentes y he recibido respuestas a esas preguntas, y asimismo he contestado honestamente las preguntas hechas por el personal de salud.

**CON MI FIRMA EN ESTE FORMULARIO, DECLARO Y CONSIENTO LO SIGUIENTE:**

- Haber leído la información provista sobre la vacunación contra la COVID-19 y haber consultado cualquier duda con el personal de salud correspondiente.
- Que la información que he provisto en este formulario es la correcta y que la misma podrá ser utilizada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el fabricante de la vacuna y/o terceros determinados por el MISPAS para fines de registro, estadística y análisis de información.
- Que acepto de forma voluntaria recibir la vacuna contra este virus, conforme es suministrada por el Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana, aceptando los riesgos, efectos y consecuencias potenciales de recibir las dosis de la vacuna contra el COVID-19, sobre los cuales he quedado informado.
- Que acepto comparecer en el tiempo indicado por el personal de salud para recibir la segunda dosis de la vacuna, si aplica.

Adicionalmente, respecto al tratamiento de mis datos personales, indico que acepto que los datos que he provisto sean compartidos con el fabricante de la vacuna u otros terceros relacionados (marque solo una de las casillas):

SI  NO

**IV. ACEPTACIÓN**

Nombre del Firmante

Firma o huella digital

En caso de ser tutor del paciente, indicar su cédula y su relación con el paciente.

Fecha



**Viceministerio de Salud Colectiva  
Programa Ampliado de Inmunización**

Consentimiento informado para aceptación de la vacuna contra la COVID-19 en el marco de la jornada promovida por el Ministerio de Salud Pública

**¿Qué es la COVID-19?** La COVID-19 es una enfermedad provocada por un virus llamado Síndrome Respiratorio Agudo Severo Coronavirus tipo 2 (SARS-CoV-2). Se transmite de persona a persona a través del contacto con secreciones de gotitas respiratorias infectadas y suele provocar malestar general, fiebre, tos seca, cansancio, debilidad, puede aparecer pérdida del gusto, del olfato, escalofríos, dolor de garganta, dolor de cabeza, dolor de pecho, dificultad respiratoria y otros síntomas. Las personas mayores y/o con enfermedades como presión alta, problemas cardíacos, pulmonares, diabetes, cáncer, entre otras, tienen más probabilidad de presentar cuadros graves, con complicaciones que pudieran llevar a la muerte.

**¿Qué son las vacunas?** Las vacunas son preparados de microorganismos vivos, inactivos o muertos, fracciones de los mismos o partículas de proteína que, al ser administrados, estimulan una respuesta inmune que previene la enfermedad contra la que se dirige.

**¿Por qué la jornada de vacunación contra el COVID-19?** Esta jornada se realiza con el objetivo de disminuir los casos y las muertes derivadas de la pandemia del COVID-19 en la República Dominicana. Se vacunará con una o dos dosis, según corresponda, a toda la población de 18 años en adelante, conforme a las fases establecidas. La vacuna contra la COVID-19, junto a las medidas de distanciamiento físico, uso de mascarillas y correcta higiene de manos, constituyen las medidas más adecuadas para superar o disminuir a corto y mediano plazo el impacto de la pandemia.

**¿Quiénes no deben vacunarse en esta ocasión?**

- ✓ Embarazadas
- ✓ Población menor de 18 años
- ✓ Personas con antecedentes conocidos de reacción alérgica grave
- ✓ Fiebre alta (temperatura corporal superior a 38.5 °C)
- ✓ Aquellas personas que, en virtud de alguna condición, los vacunadores determinen que no resultaría apropiado al momento de presentarse al centro de vacunación

**¿Cuáles son los síntomas comunes que podrían presentarse después de aplicarse la vacuna contra la COVID-19?**

- ✓ Dolor en el área de la inyección
- ✓ Enrojecimiento en área de la inyección
- ✓ Hinchazón en el área de la inyección

- ✓ Dolor de cabeza
- ✓ Malestar general y fiebre

De presentarse síntomas diferentes a los aquí enumerados, debe dirigirse al establecimiento de salud más cercano.

**¿En qué consiste la vacunación contra la COVID-19?** La vacuna consiste en la administración de una (1) o dos (2) dosis vía intramuscular (inyección en músculo deltoides del brazo). Cuando correspondan dos (2) dosis, la primera es colocada en el primer contacto que usted haga con el vacunador y, para la segunda, el vacunador le indicará la fecha que le corresponde.

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

I. INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE:				
<b>Nombres:</b>		<b>Apellidos:</b>		
<b>Fecha de Nacimiento:</b>		<b>Sexo:</b>		
_____	_____	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		
<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Años</b>		
<b>Dirección:</b>		_____		
_____		_____		
Calle y número		Sector		
_____		<b>Teléfono de contacto:</b>		
Ciudad, Provincia		_____		
<b>En caso de EMERGENCIA, contactar a:</b> _____				
Nombre y apellido				
_____		_____		
Relación/Parentesco		Teléfono de contacto		
II. INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE				
Preguntas	Sí	No	No aplica	Comentario
Actualmente, ¿está enfermo o en aislamiento por COVID-19?				

Si es mujer, ¿está embarazada?				
¿Ha estado enfermo o ha tenido fiebre superior a 38,5C° en las últimas 72 horas?				
¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 30 días?				
¿Ha presentado alguna reacción grave a alguna vacuna administrada anteriormente?				
¿Es alérgico a algún medicamento, alimento u otro?				
¿Toma alguna medicación: cortisona, esteroides, tratamiento con radioterapia, tratamiento anticanceroso, u otro medicamento?				
Diabetes <input type="checkbox"/>	Fibrosis Quística <input type="checkbox"/>	Cáncer <input type="checkbox"/>	Otras enfermedades relevantes <input type="checkbox"/>	
<b>Condición Médica Previa:</b>	Hipertensión <input type="checkbox"/>	Fibrosis Pulmonar <input type="checkbox"/>	Enfermedad renal o hepática crónica <input type="checkbox"/>	¿A cuál se refiere? _____
Asma <input type="checkbox"/>				
<b>¿Ha recibido trasplantes de órganos?</b>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, indicar de qué tipo: _____		
III. CONSENTIMIENTO				
Reconozco que la ciencia ha tenido que hacer grandes esfuerzos para poner las vacunas a disposición de todos los países del mundo a la mayor velocidad posible con la finalidad de detener la pandemia en el menor tiempo aceptable, reduciendo de manera considerable las pérdidas de vidas. Igualmente, que aunque no se ha alcanzado el 100% de efectividad y seguridad, y pueden existir riesgos aún no identificados, se han sobrepasado los niveles alcanzados para otras vacunas aplicadas por largos años, lo que ha permitido la aprobación para uso de emergencia de las vacunas que se están aplicando en República Dominicana.				
Entiendo que la solicitud de este consentimiento se le hace al amparo del literal H), artículo 28 de la Ley General de Salud Pública, No. 42-01, lo que significa que reconozco que he recibido				