

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN ANTIHELMÍNTICOS

Institución Educativa: \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ mayor de edad con cedula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ en pleno y normal uso de mis habilidades mentales y en calidad de acudiente, (Parentesco del acudiente con el niño): \_\_\_\_\_ otorgo en forma libre la autorización a la Institución Educativa para que en coordinación con el profesional de la salud designado por la Secretaría de Salud del Tolima y del municipio, realice la actividad de DESPARASITACION con ALBENDAZOL X 400 mg al ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ DOC. No \_\_\_\_\_

Así mismo hago constar que el menor:

- ¿Ha sido desparasitado en los últimos seis (6) meses? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez ha sido desparasitado con albendazol Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- ¿Si se ha desparasitado con albendazol ha presentado algún efecto adverso? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido diarrea en los últimos tres (3) meses? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- ¿Ha estado hospitalizado en los últimos tres (3) meses? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

El Albendazol puede causar efectos adversos como: vértigo, dolor de cabeza, fiebre, náuseas, vómitos. Algunos efectos secundarios pueden ser graves. Si presenta alguno de los siguientes síntomas o de los mencionados en el párrafo anterior durante el transcurso del día, lleve al hospital al menor de forma inmediata: Dolor de garganta, Fatiga, palidez, falta de aire, Sarpullido, urticaria, Debilidad, Fiebre o escalofríos.

Certifico que el presente documento ha sido leído, entendido por mi.

ACEPTO \_\_\_\_\_ NO ACEPTO \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Cédula de ciudadanía N°: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_



La salud  
es de todos

Minsalud

**EN CASO DE SER MENOR DE EDAD**

Semanas De Gestación	
Peso Al Nacer Del Menor	
Lugar De Atención Del Parto	

**ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS -CoV-2/COVID-19**

CIUDAD \_\_\_\_\_ FECHA: DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA**

NOMBRES \_\_\_\_\_ APELLIDOS \_\_\_\_\_

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC \_\_ TI \_\_ CC \_\_ CE \_\_ OTRO \_\_ NÚMERO \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ MUNICIPIO DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN PREVIA.** La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tétanos, la tos ferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. En conjunto, estas vacunas salvan cada año millones de vidas en el mundo. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a sí mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación.

Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

**DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)**

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar _____ Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis _____ ó dosis única _____
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatía); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

**EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD**

De manera voluntaria, después de haber recibido información por el personal de salud, de manera clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el laboratorio productor de la vacuna.

Entiendo que la suscripción de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad, y que NO tiene por objeto eximir de responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a las entidades que participaron en la aplicación de la vacuna



La salud es de todos

Minsalud

contra el SARS-CoV-2/COVID-19 de brindar la atención en salud que sea necesaria por la aparición de posibles reacciones adversas no reportadas.

En consecuencia, decido ACEPTAR: \_\_\_ que se me aplique la vacuna. NO ACEPTAR: \_\_\_ que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona : \_\_\_\_\_

En caso de requerirse, identificación y firma del representante legal:

Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Tipo de Identificación: RC\_\_ TI\_\_ CC\_\_ CE\_\_ OTRO\_\_ Número \_\_\_\_\_

Parentesco o relación \_\_\_\_\_.

Firma \_\_\_\_\_

En caso de requerirse firma a ruego:

En virtud de que la persona a vacunar \_\_\_\_\_, identificado-a con C.C. \_\_ C.E. \_\_ OTRO\_\_ Número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma el-la señor-a \_\_\_\_\_ identificado-a con C.C. \_\_ C.E. \_\_ OTRO\_\_ número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



Huella dactilar o plantar del Rogante

C.C. \_\_\_\_\_

Firma del Rogado

C.C. \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos del vacunador \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Tipo de Identificación: RC\_\_ TI\_\_ CC\_\_ CE\_\_ OTRO\_\_ Número \_\_\_\_\_

DATOS DE LA INSTITUCIÓN	
INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS):	_____
DEPARTAMENTO/DISTRITO:	_____
MUNICIPIO:	_____

Nota: Cuando se trate de menores entre 16 y 18 años, deberá firmar el menor junto con unos de sus padres o su representante legal.

Tipos de documentos de identidad : RC: Registro Civil, TI: Tarjeta de Identidad, CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería