



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN A LA SALUD
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA VACUNACIÓN**

Datos Generales de la persona a vacunar

Nombre completo			
Edad		No. de cuenta	
No. de seguridad social			
CURP			
Plantel/ Facultad			
Vacunas a aplicar	Triple Viral SRP (Sarampión, Rubéola y Parotiditis). Tétanos. Influenza.		

Información para padres y/o tutores

La vacunación es una de las principales medidas de prevención para proteger la salud individual y colectiva. Su aplicación contribuye a la reducción de riesgos de enfermedades transmisibles y fortalece la respuesta del organismo frente a agentes infecciosos.

Las vacunas pueden producir, en algunos casos, reacciones leves y autolimitadas, tales como:

- Dolor, enrojecimiento o inflamación en el sitio de aplicación.
- Malestar general, fiebre, dolor de cabeza o síntomas similares a un resfriado.

Estas manifestaciones suelen desaparecer por sí solas en pocos días y no requieren tratamiento. En casos muy poco frecuentes, pueden presentarse reacciones de mayor intensidad que deberán ser valoradas por personal de salud.

Declaración de consentimiento

He leído y comprendido la información anterior respecto a las vacunas triple viral (SRP), tétanos e influenza, así como las posibles reacciones posteriores a su aplicación.

Autorizo a la Dirección General de Atención a la Salud (DGAS) de la UNAM a vacunar a mi hijo(a) o tutelado(a).

Entiendo que la vacunación tiene como finalidad proteger la salud y prevenir enfermedades, y que los efectos secundarios descritos son poco frecuentes y autolimitados..

Firma del padre, madre o tutor

Nombre completo: _____

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / 20____

Firma del vacunador: _____

“ES MUY IMPORTANTE LLEVAR LA CARTILLA DE VACUNACIÓN”