

### DATOS CLINICOS

**NOMBRES:** ..... **N° DNI/C.E:** .....

**EDAD:** ..... **TELEFONO:** ..... **CORREO ELECTRÓNICO** .....

- Es alérgico a la proteína del huevo o algún otro componente de la vacuna (Neomicina, gelatina, etc.)? SI ( ) NO( )
- La última vez que se vacunó ¿presentó alguna reacción como enrojecimiento, inflamación en la zona vacunada? SI ( ) NO( )
- ¿recibe alguna medicación?  
De ser si su respuesta, describa cual:  
..... SI ( ) NO( )
- ¿Está embarazada? SI ( ) NO( )

### CONSENTIMIENTO INFORMADO DE VACUNACIÓN

Yo, ....., identificado con DNI N° ....., manifiesto que: he sido informado de forma clara y precisa sobre la importancia y beneficios del procedimiento de vacunación al que me estoy sometiendo; así como de los riesgos que pueda generar la aplicación de esta vacuna y; de los posibles efectos secundarios y contraindicaciones que conlleva su administración. Asimismo, he podido hacer preguntas y recibido suficiente información sobre la vacuna.

POR TANTO, doy mi consentimiento y autorizo al Licenciado(a) de Enfermería del Centro de Vacunación VANTTIVE, para proceder a la administración de la(s) vacuna(s) ....., el cual, estoy solicitando, de manera libre y voluntaria, comprometiéndome a respetar las precauciones antes señaladas. Por lo que, me hago responsable de los efectos y/o reacciones que puedan producirse, luego de su aplicación.

**Fecha:**    /    /

**Firma del Paciente:**

**Firma Lic. Enfermería:**

\* BOTICAS IP S.A.C. tratará sus datos personales exclusivamente para la ejecución del servicio contratado. Más información en nuestra política de privacidad publicada en el sitio [webwww.vanttive.pe](http://www.vanttive.pe)

