



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
SECRETARÍA DE SERVICIO Y ATENCIÓN A LA COMUNIDAD
UNIVERSITARIA
DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN A LA SALUD



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VACUNACIÓN

Datos Generales de la persona a vacunar

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____

CURP: _____

Información general

La vacunación es una de las principales medidas de prevención en salud pública, destinada a proteger a las personas y a la comunidad contra enfermedades transmisibles. Son seguras, efectivas y gratuitas; su aplicación contribuye a reducir riesgos de complicaciones graves y a fortalecer la inmunidad colectiva.

Es posible que, tras la aplicación, se presenten reacciones leves y pasajeras, tales como:

- Dolor, enrojecimiento o leve inflamación en el sitio de aplicación.
- Fiebre baja, malestar general, dolor de cabeza o síntomas similares a un resfriado.

Estas manifestaciones desaparecen por sí solas en pocos días. En casos poco frecuentes pueden presentarse reacciones más intensas, las cuales deben ser valoradas por personal médico.

Las vacunas serán aplicadas por personal de salud de la Secretaría de Salud (SSA), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas de Vacunación y las disposiciones del Programa Nacional de Vacunación.

Vacunas para aplicar

☐ Doble Viral SR (Sarampión, Rubéola)

☐ Tétanos

Declaración de consentimiento

Declaro que he sido informado(a) sobre los beneficios y posibles reacciones derivadas de la aplicación de las vacunas mencionadas. Entiendo que su propósito es prevenir enfermedades y proteger mi salud, así como la de las personas que me rodean.

Autorizo voluntariamente la aplicación de las vacunas señaladas, de acuerdo con las indicaciones del personal de salud y conforme a los esquemas vigentes.

Datos y firma de la madre/padre de familia o tutor

Nombre completo: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Para uso exclusivo del personal de salud

Nombre y firma del vacunador(a): _____

Fecha de aplicación: ____ / ____ / 202__

Observaciones: _____

Adjuntar copia de identificación oficial de la madre, padre o tutor.