



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



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA VACUNACIÓN TRIPLE VIRAL (SRP)**

Datos Generales de la persona a vacunar

Nombre completo			
Edad		No. de cuenta	
No. de seguridad social			
CURP			
Plantel/ Facultad			

Información para padres y/o tutores

La vacuna triple viral (SRP) protege contra el sarampión, la rubéola y las paperas.

Está elaborada con virus vivos atenuados (debilitados), preparados en células humanas y de embrión de pollo.

Reacciones esperadas

Primeras 24 a 48 horas: en un bajo porcentaje puede presentarse dolor o enrojecimiento en el sitio de aplicación. Estos síntomas desaparecen en 48 a 72 horas de forma espontánea y no requieren tratamiento.

Entre 5 y 12 días después: puede presentarse malestar general, escurrimiento nasal, dolor de cabeza, tos y/o fiebre (38.5 °C). Estos síntomas duran de 2 a 3 días y son autolimitados. También puede aparecer un salpullido en la piel que dura alrededor de 2 días y se resuelve sin tratamiento.

Declaración de consentimiento

He leído y comprendido la información anterior respecto a la vacuna triple viral (SRP), 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”