



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

Consentimiento Informado



2023  
AÑO DE  
**Francisco  
VILLA**

Fecha: \_\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

Nombre de la escuela primaria: \_\_\_\_\_

**ESTIMADOS PADRES DE FAMILIA Y/O TUTORES:**

Se les informa que en el mes de enero y hasta el 28 de febrero del 2023, se aplicará la **vacuna contra la COVID-19 de Pfizer/BioNTech de 10 µg a niñas y niños de 5 a 11 años** con la finalidad de prevenir los daños a la salud ocasionados por la infección del Virus SARS-CoV-2, causante de la COVID-19. Dicha vacuna se aplica en un esquema de dos dosis separadas por un intervalo de 21 días entre las dosis en niñas y niños que aún no hayan sido vacunados. También se aplicará la segunda dosis a aquellos niños y niñas que ya hayan recibido la primera los 21 o más días previos a la fecha en que el personal de salud visita la escuela. A los escolares que no hayan asistido a la escuela, se les aplicará la dosis respectiva del esquema en las unidades de salud próxima a su domicilio.

Con baja frecuencia, las y los niños vacunados podrían presentar dolor, enrojecimiento e hinchazón ligera en el sitio de aplicación, dolor de cabeza, fatiga y malestar general. Síntomas que se resuelven en forma espontánea, pero de presentarse, se recomienda acudir a la unidad de salud más cercana a su domicilio para su evaluación y tratamiento de ser necesario.

Por tal motivo, se solicita su autorización para la aplicación de la vacuna. Favor de colocar una "X" en el recuadro correspondiente.

SI AUTORIZO

NO AUTORIZO

**SI ACEPTA QUE SE LE APLIQUE LA VACUNA CONTRA COVID-19 A SU HIJO O HIJA, FAVOR DE ANOTAR EL NOMBRE (S), APELLIDOS, PARENTESCO Y FIRMA DE LA PERSONA QUE AUTORIZA. PARA APLICAR LA VACUNA, SE REQUIERE FORZOSAMENTE LA PRESENCIA DE UN ACOMPAÑANTE (PADRE, MADRE Y/O TUTOR).**

NOMBRE DEL NIÑO O LA NIÑA

GRADO ESCOLAR

CURP

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA

PARENTESCO (MADRE, PADRE O TUTOR)

FIRMA

---



---



---



---



---



---

\*En caso de aceptar, por favor presentar la Cartilla Nacional de Salud para el registro de la dosis aplicada, en caso contrario se le proporcionará un comprobante de vacunación provisional.

\*\*En caso de que su hijo/hija ya haya recibido la primera dosis, favor de llevar el comprobante de aplicación de la misma.

