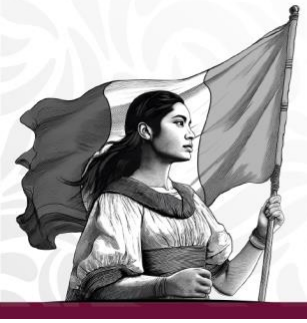


Anexo 1. Consentimiento informado para la vacunación

Fecha_____**(dd/mm/aaaa)**

CURP: _____

El personal de salud me ha explicado que las vacunas son preparaciones biológicas que ayudan a proteger contra diversas enfermedades infecciosas, estimulando el sistema inmunológico para generar anticuerpos que protegen contra diversos padecimientos, sin causar la enfermedad contra la que protegen.

Se me ha informado que la(s) vacuna(s) que recibirá la o el menor es[1]:

- Nombre de la vacuna (s): _____
- Enfermedad(es) que previene: _____
- Número de dosis a recibir: _____

También se me explicó que la vacunación forma parte de las acciones del Programa de Vacunación Universal que se implementa en México para prevenir enfermedades y proteger la salud de la población infantil.

Beneficios

He sido informado(a) de que la vacunación:

- Protege al menor contra enfermedades que son prevenibles mediante vacunación.
- Disminuye el riesgo de complicaciones graves.
- Contribuye a la protección de la comunidad mediante la inmunidad colectiva.
- Ayuda a proteger a otras personas al disminuir la propagación de enfermedades (inmunidad colectiva).

Posibles reacciones adversas

Se me informó que, como cualquier intervención médica, las vacunas pueden ocasionar algunas reacciones, generalmente leves y temporales, tales como:

[1] **De conformidad con los Lineamientos Generales de Vacunación 2026, disponibles para consulta** https://www.gob.mx/salud/censia/documentos/lineamientos-generales-pvu-2026



- Dolor, enrojecimiento o inflamación en el sitio de aplicación,
- Fiebre y
- Malestar general o irritabilidad

En casos poco frecuentes pueden presentarse reacciones alérgicas u otras reacciones adversas que deberán ser atendidas por personal de salud, motivo por el cual debe notificar inmediatamente y no automedicarse.

El personal de salud me explicó las medidas a seguir en caso de presentarse alguna reacción posterior a la vacunación.

Por lo anterior, declaro que:

- He recibido información clara, suficiente y compresible sobre la vacuna que se aplicará a mi hijo(a) o representado(a).
- He tenido la oportunidad de realizar preguntas y estas han sido respondidas de manera satisfactoria.
- Comprendo los beneficios y posibles riesgos de la vacunación.
- Con todos los elementos anteriores en cuenta autorizo voluntariamente la aplicación de la vacuna (s).

Nombre de la niña o niño_____edad_____

Entidad federativa de residencia:_____

Derechohabiencia de la niña, niño o adolescente (colocar IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, MARINA, SSA o Servicios de Salud del IMSS BIENESTAR): _____

Otro (especifique): _____

Nombre de quien autoriza _____

Parentesco (madre, padre o tutor) _____

Firma_____

***En caso de aceptar, deberá presentar la Cartilla Nacional de Salud para el registro de la dosis aplicada, en caso de que no cuente con cartilla, se le proporcionará un comprobante de vacunación provisional.**