

<b>PERÚ</b>	Ministerio de Salud	Vicerrectorado de Salud Pública	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública
-------------	---------------------	---------------------------------	---

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
AUTORIZANDO LA VACUNACION CONTRA POLIOMIELITIS Y SARAMPION**

Las vacunas contra la poliomielitis (APO, IPV) y contra el Sarampión (SPR), forman parte del Esquema Nacional de Vacunación del Ministerio de Salud.

Se ofrece gratuitamente a las niñas y niños, hasta los 5 años cumplidos en todo el país.

**BENEFICIOS:**

- La vacuna APO e IPV, previenen la infección por poliovirus, responsable de parálisis flácida aguda.
- La vacuna SPR previene que nuestros niños enfermen de sarampión, papera y rubeola.
- **Las vacunas son efectivas y seguras.**

**POSIBLES REACCIONES DESPUES DE LA VACUNACIÓN:**

- Con Vacuna APO (vía oral): Son raras efecto alguno.
- Con Vacuna IPV (inyectable): Dolor en el hombro donde se aplicó la vacuna.
- Con Vacuna SPR (inyectable) : Alza térmica, exantema, tos, coriza, conjuntivitis

*\*Estas reacciones desaparecen en las siguientes 48 a 72 horas, si persisten acudir al establecimiento de salud más cercano a su domicilio.*

**DECLARACIÓN:**

Yo,....., identificado (a) con DNI N° .....,  
Padre, Madre o apoderado (a) de ....., identificado (a) con DNI N° ....., del aula ..... de la IIEE N° ....., deo constancia de haber sido informado sobre los beneficios y posibles reacciones de la administración de la vacuna contra la poliomielitis y sarampión.

Por lo tanto:  SI  NO autorizo al personal de salud la vacunación contra Poliomelitis y Sarampión a mi menor hijo (a).

\_\_\_\_\_

FechaFirma del padre/madre o apoderado

<b>PERÚ</b>	Ministerio de Salud	Vicerrectorado de Salud Pública	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública
-------------	---------------------	---------------------------------	---

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
AUTORIZANDO LA VACUNACION CONTRA POLIOMIELITIS Y SARAMPION**

Las vacunas contra la poliomielitis (APO, IPV) y contra el Sarampión (SPR), forman parte del Esquema Nacional de Vacunación del Ministerio de Salud.

Se ofrece gratuitamente a las niñas y niños, hasta los 5 años cumplidos en todo el país.

**BENEFICIOS:**

- La vacuna APO e IPV, previenen la infección por poliovirus, responsable de parálisis flácida aguda.
- La vacuna SPR previene que nuestros niños enfermen de sarampión, papera y rubeola.
- **Las vacunas son efectivas y seguras.**

**POSIBLES REACCIONES DESPUES DE LA VACUNACIÓN:**

- Con Vacuna APO (vía oral): Son raras efecto alguno.
- Con Vacuna IPV (inyectable): Dolor en el hombro donde se aplicó la vacuna.
- Con Vacuna SPR (inyectable) : Alza térmica, exantema, tos, coriza, conjuntivitis

*\*Estas reacciones desaparecen en las siguientes 48 a 72 horas, si persisten acudir al establecimiento de salud más cercano a su domicilio.*

**DECLARACIÓN:**

Yo,....., identificado (a) con DNI N° .....,  
Padre, Madre o apoderado (a) de ....., identificado (a) con DNI N° ....., del aula ..... de la IIEE N° ....., deo constancia de haber sido informado sobre los beneficios y posibles reacciones de la administración de la vacuna contra la poliomielitis y sarampión.

Por lo tanto:  SI  NO autorizo al personal de salud la vacunación contra Poliomelitis y Sarampión a mi menor hijo (a).

\_\_\_\_\_

FechaFirma del padre/madre o apoderado

<b>PERÚ</b>	Ministerio de Salud	Vicerrectorado de Salud Pública	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública
-------------	---------------------	---------------------------------	---

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
AUTORIZANDO LA VACUNACION CONTRA POLIOMIELITIS Y SARAMPION**

Las vacunas contra la poliomielitis (APO, IPV) y contra el Sarampión (SPR), forman parte del Esquema Nacional de Vacunación del Ministerio de Salud.

Se ofrece gratuitamente a las niñas y niños, hasta los 5 años cumplidos en todo el país.

**BENEFICIOS:**

- La vacuna APO e IPV, previenen la infección por poliovirus, responsable de parálisis flácida aguda.
- La vacuna SPR previene que nuestros niños enfermen de sarampión, papera y rubeola.
- **Las vacunas son efectivas y seguras.**

**POSIBLES REACCIONES DESPUES DE LA VACUNACIÓN:**

- Con Vacuna APO (vía oral): Son raras efecto alguno.
- Con Vacuna IPV (inyectable): Dolor en el hombro donde se aplicó la vacuna.
- Con Vacuna SPR (inyectable) : Alza térmica, exantema, tos, coriza, conjuntivitis

*\*Estas reacciones desaparecen en las siguientes 48 a 72 horas, si persisten acudir al establecimiento de salud más cercano a su domicilio.*

**DECLARACIÓN:**

Yo,....., identificado (a) con DNI N° .....,  
Padre, Madre o apoderado (a) de ....., identificado (a) con DNI N° ....., del aula ..... de la IIEE N° ....., deo constancia de haber sido informado sobre los beneficios y posibles reacciones de la administración de la vacuna contra la poliomielitis y sarampión.

Por lo tanto:  SI  NO autorizo al personal de salud la vacunación contra Poliomelitis y Sarampión a mi menor hijo (a).

\_\_\_\_\_

FechaFirma del padre/madre o apoderado

<b>PERÚ</b>	Ministerio de Salud	Vicerrectorado de Salud Pública	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública
-------------	---------------------	---------------------------------	---

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
AUTORIZANDO LA VACUNACION CONTRA POLIOMIELITIS Y SARAMPION**

Las vacunas contra la poliomielitis (APO, IPV) y contra el Sarampión (SPR), forman parte del Esquema Nacional de Vacunación del Ministerio de Salud.

Se ofrece gratuitamente a las niñas y niños, hasta los 5 años cumplidos en todo el país.

**BENEFICIOS:**

- La vacuna APO e IPV, previenen la infección por poliovirus, responsable de parálisis flácida aguda.
- La vacuna SPR previene que nuestros niños enfermen de sarampión, papera y rubeola.
- **Las vacunas son efectivas y seguras.**

**POSIBLES REACCIONES DESPUES DE LA VACUNACIÓN:**

- Con Vacuna APO (vía oral): Son raras efecto alguno.
- Con Vacuna IPV (inyectable): Dolor en el hombro donde se aplicó la vacuna.
- Con Vacuna SPR (inyectable) : Alza térmica, exantema, tos, coriza, conjuntivitis

*\*Estas reacciones desaparecen en las siguientes 48 a 72 horas, si persisten acudir al establecimiento de salud más cercano a su domicilio.*

**DECLARACIÓN:**

Yo,....., identificado (a) con DNI N° .....,  
Padre, Madre o apoderado (a) de ....., identificado (a) con DNI N° ....., del aula ..... de la IIEE N° ....., deo constancia de haber sido informado sobre los beneficios y posibles reacciones de la administración de la vacuna contra la poliomielitis y sarampión.

Por lo tanto:  SI  NO autorizo al personal de salud la vacunación contra Poliomelitis y Sarampión a mi menor hijo (a).

\_\_\_\_\_

FechaFirma del padre/madre o apoderado