

Consentimiento informado para la vacunación frente a COVID-19 en el marco de la campaña promovida por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid en coordinación con el Ministerio de Sanidad

La vacunación frente a la COVID-19 constituye actualmente **la única alternativa** para superar a corto y medio plazo la pandemia que llevamos varios meses sufriendo.

Se espera que con la inmunización que proporcionará **la vacunación de toda o, al menos, gran parte de la población, pueda reducirse de forma notable y duradera el impacto de la pandemia.**

Los ensayos clínicos, en los que han participado decenas de miles de personas, y los estudios disponibles han mostrado **una elevada protección frente a la enfermedad en las personas que recibieron la vacuna.** La Comisión Europea, tras la evaluación realizada por la Agencia Europea de Medicamentos, acredita la **seguridad y eficacia** de la vacuna. Como el resto de medicamentos, la vacuna frente a COVID-19 puede producir algunos efectos secundarios. Las reacciones adversas más frecuentes son dolor en el lugar de la inyección, fatiga, dolor de cabeza, mialgia, escalofríos, artralgia y fiebre y son generalmente de intensidad leve o moderada y se resolvieron a los pocos días de la vacunación. Si es necesario, puede utilizarse un tratamiento sintomático con medicamentos analgésicos y/o antipiréticos (por ejemplo, productos que contengan paracetamol). Al igual que otras vacunas y medicamentos la vacuna puede producir un síncope vasovagal.

El consentimiento que ahora se le solicita, a usted o por representación se hace al amparo de lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 41/2002, cuyo apartado 6 establece que la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al **mayor beneficio para la vida o salud del sujeto representado** y, por tanto, **siempre en su favor.** Y el apartado 7 que señala que **la persona que no pueda consentir participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones** a lo largo del proceso sanitario. Y si se trata de una persona con discapacidad, se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes para favorecer que pueda prestar por sí misma su consentimiento.

D/Dña. _____, con DNI _____, residente en el Centro _____, doy la autorización para recibir la vacuna frente a COVID-19

Fecha y Firma

D/Dña. _____, con DNI _____, como tutor legal o guardador de hecho de D./Dña. _____, con DNI _____, residente en el Centro _____, doy la autorización para su vacunación frente a COVID-19

Fecha y Firma