Fecha: 19/03/2026 _Hora: 11:15am.

Yo OSAR ENDEZ

identificado con tipo de documento CEDULA No. 36679460

y como Población objeto del programa de vacunación PAI Nacional, o como acudiente (responsable) del menor llamado: .NATZIA OSE ENDEZ.

con Documento de identidad No. 1113861887 con tipo de documento TI

Declaro por medio del presente documento y en pleno uso de mis facultades mentales de manera libre y autónoma, no autorizar la aplicación del biológico: LA VACUNA VPH

el cual de acuerdo al esquema único nacional le corresponde por derecho propio y gratuito, con el fin de protegerlo y proteger a la comunidad en la prevención de inmunoprevenibles.

Comprendo y acepto los riesgos que esto pueda ocasionar, he recibido plena consejería al igual que se me han dado oportunidad de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

Al firmar este documento reconozco que lo he leído o que me ha sido leído y explicado y que comprendo perfectamente su contenido .

Afirmo que bajo mi responsabilidad decido no autorizar la realización de este procedimiento y en consecuencia declaro que ni la institución, ni su personal serán responsables en caso de complicaciones.

NOTA: Cuando se trate de un menor de edad o el paciente no esté en capacidad de otorgar el disentimiento, será la persona que lo representa, la encargada de firmar el presente documento.

Firma del paciente o responsable OSAR END

DI: 36679460.

Firma del profesional de salud (Yaffel Castañeda. Auxiliar Enfermera).

REGISTRO MEDICO:

Powered by CamScanner