



CONSEJO GENERAL DE EDUCACIÓN
Provincia de Misiones

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
VACUNACIÓN DE MENORES DE EDAD CONTRA EL COVID-19

El que suscribe DNI N°
(Consignar Apellido y nombre completo)

Padre/Madre/Tutor de: DNI N°
(Apellido y nombre completo del alumno)

Domicilio: Teléfono:

Escuela: Grado/Curso:

AUTORIZO la vacunación de mi representado/a menor de edad contra el **COVID-19.-**

En la localidad de....., a los del mes de del año 2021.-

Y MANIFIESTO:

Que mi representado/a tiene años de edad. Fecha de Nacimiento:

Que siendo el padre/madre/tutor legal, ostento la autoridad legal para dar mi consentimiento para la administración de la vacuna contra el COVID-19 a mi representado menor de edad.-

Que entiendo los riesgos y beneficios conocidos y potenciales de estas vacunas contra el COVID19, de los que me encuentro debidamente informado y anoticiado.-

Que entiendo que tengo la opción de aceptar o rechazar la vacuna en nombre de mi hijo/a/tutelado menor de edad.-

Que entiendo que la vacunación es una serie de vacunas de dos partes.-

Que doy mi consentimiento para la administración de dos dosis separadas con el intervalo correspondiente según la vacuna.-

Que doy mi consentimiento y autorizo todo tratamiento médicamente necesario en el raro caso de que el paciente menor de edad tenga una reacción a la vacuna, que incluye, entre otros, picazón, hinchazón y otras reacciones.-

Que mi hijo/a/tutelado y la persona que le acompañe permanecerá en el área de observación durante el período de tiempo requerido después de la administración de la dosis de la vacuna.-

Padre / Madre / Tutor Legal

(Marcar lo que corresponda)

.....
Firma y aclaración