



## CONSENTIMIENTO INFORMADO (Español)

La abajo firmante, D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con DNI/Pasaporte n<sup>o</sup> \_\_\_\_\_, declaro que he sido suficientemente informado/a por el personal sanitario del Centro de Salud de \_\_\_\_\_ acerca de la vacunación con Triple Vírica (Sarampión, Rubéola y Parotiditis), de las posibles consecuencias que podría tener en caso de encontrarme embarazada y de que no debo quedarme embarazada en las próximas 4 semanas después de la vacunación.

Asimismo se me han respondido suficientemente todas las preguntas que tenía acerca de este tema.

Por lo tanto, adecuadamente informada, solicito me sea administrada la citada vacuna.

a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.

Nota: en caso de personas menores de 18 años debe de firmar este documento además el padre, la madre o tutor legal.