

Lugar y fecha _____

Yo, _____

DNI _____ , en mi carácter de adulto
responsable del menor _____

DNI _____ , PRESTO FORMAL CONSENTIMIENTO para su vacunación contra Covid-19 con la vacuna SINOPHARM.

A los fines referidos, DECLARO EXPRESAMENTE que he recibido información clara, precisa y adecuada con respecto los beneficios esperados de la vacunación, así como de los riesgos, las molestias y los efectos adversos previsibles Y; que he comprendido la información que se me ha dado, aclarando que también he leído detenidamente y he comprendido absolutamente los términos del presente instrumento; que he tenido la posibilidad de hacer preguntas y pedir explicaciones, todo lo cual ha sido respondido a mi satisfacción. Asimismo declaro que se ha puesto a mi disposición material ampliatorio de información.

Firma

DNI

Aclaración _____