



[nombre de la institución prestadora de servicios salud - IPS]
[dirección y teléfono]
[municipio, Antioquia]

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO -VPH-

Yo _____ identificación: _____

FECHA: _____ HORA: _____ EDAD: _____ NOMBRE DEL PADRE DE

FAMILIA Y/O CUIDADOR: _____

IDENTIFICACIÓN: _____

DECLARAN: el personal del área de la salud: _____ nos ha explicado y hemos entendido la siguiente información sobre la aplicación de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ: Las vacunas tetravalente y bivalente son eficaces en la prevención de las lesiones cervicales precancerosas relacionadas con el VPH 16 y el VPH 18 en mujeres. No ofrecen protección contra la evolución de la infección hacia la enfermedad a partir del VPH contraído antes de la vacunación.

EN QUE CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE: El procedimiento de vacunación consiste en la administración de un biológico para la prevención de cáncer cervical, vulvar y vaginal, lesiones precancerosas o displasias, verrugas genitales o infecciones persistentes causada por el Virus de Papiloma Humano, serotipos 6, 11, 16 y 18.

CÓMO SE REALIZA: Se administra la vacuna por vía Intramuscular, en el tercio medio del músculo deltoides (brazo).

PRECAUCIÓN: La vacuna en adolescentes puede desencadenar síncope, algunas veces asociado con desmayo, por lo que se recomienda que después de la aplicación de la vacuna, la niña permanezca sentada por lo menos 15 minutos y sea observada.

EVENTOS ADVERSOS:

- En el sitio de la inyección (1 a 5 días pos-vacunación): Puede presentar dolor, hinchazón, eritema, hematoma y prurito.
- Sistémico (1 a 15 días pos-vacunación): Puede presentar fiebre, diarrea, vómitos, mialgia (dolor muscular), tos, infección de vías respiratorias superiores, odontalgia (dolor dental), malestar general, artralgia (dolor en articulaciones) e insomnio.

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

NOTA: LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD -OMS- Y LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD -OPS- RECOMIENDAN EL USO DE LA VACUNA CONTRA EL VPH, DESPUÉS DE HABER REALIZADO UN AMPLIO ESTUDIO DEL PERFIL DE SEGURIDAD DE ESTA VACUNA, POR PARTE DEL COMITÉ CONSULTIVO MUNDIAL DE SEGURIDAD DE VACUNAS DE LA OMS.

DECLARO que he sido informado con anticipación y de forma satisfactoria he comprendido las explicaciones dadas, el personal del área de la salud que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Con la información recibida, en tales condiciones ACEPTO ____ NO ACEPTO ____ me aplique la vacuna contra el VPH.

Nombre del cuidador _____

Firma: _____ c.c _____

Nombre del Vacunador _____

Firma: _____ c.c _____

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co