

**ANEXO N° 6****CRITERIOS DE ELIGIBILIDAD PARA EL PERSONAL DE SALUD PARA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19**

DIRIS / GERESA / DIRESA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
NOMBRES		APELLIDOS	
EDAD	DNI	TELÉFONO DE CONTACTO	
DIRECCIÓN		DISTRITO	

Ítem	Preguntas de detección de COVID-19	SI	NO
1.	En las últimas dos semanas, ¿ha dado positivo en COVID-19 o actualmente está siendo monitoreado por COVID-19?		
2.	En las últimas dos semanas, ¿ha tenido contacto con alguien que dio positivo en COVID-19? ¿Está en cuarentena?		
3.	¿Tiene actualmente o ha tenido en los últimos 14 días fiebre, escalofríos, tos, dificultad para respirar, falta de aire, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, pérdida del gusto y del olfato, dolor de garganta, náuseas, vómitos o diarrea?		

Si la respuesta a alguna de las 3 preguntas es **SÍ**, se posterga la vacunación hasta 90 días después de su alta.

ANEXO N° 5-A**EXPRESIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Fecha: _____ de _____ del 2021 Hora: _____

Yo, _____ con DNI _____

declaro lo siguiente:

SI () NO () tengo síntomas compatibles con COVID-19; o he dado positivo a una prueba a COVID-19, en las últimas dos semanas; o estoy en seguimiento clínico por COVID-19.

SI () NO () he tenido contacto con alguien que dio positivo a la COVID-19, en las últimas dos semanas; o estoy en cuarentena.

En ese sentido, he sido informado (a) de los beneficios y los potenciales efectos adversos de la Vacuna contra la COVID-19 y, resueltas todas las preguntas y dudas al respecto, consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento de la normativa vigente; SI () NO () doy mi consentimiento para que el personal de salud me aplique la vacuna contra el COVID-19.

Firma o huella digital del paciente
o representante legal

Firma y sello del personal de salud
que informa y toma el consentimiento

DNI N°: _____

DNI N°: _____

REVOCATORIA / DESISTIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO

Firma o huella digital del paciente
o representante legal

Firma y sello del personal de salud
que informa y toma la revocatoria

DNI N°: _____

DNI N°: _____