CONSENTIMIENTO INFORMADO DE VACUNACIÓN FRENTE A VIRUELA DEL MONO O MONKEYPOX (MPX) EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre y apellidos del niño o niña a vacunar: | | |
| Fecha de nacimiento del niño o niña a vacunar: | | |
| Documento identificativo del niño o niña a vacunar: | Puesto de vacunación: | |
| ¿Es alérgico a algún medicamento o alimento? SI NO  En caso afirmativo, indíquelo: | | |
| ¿Vacunación previa con Imvanex®/Jynneos® u otra vacuna frente a la viruela?  SI NO  Si la respuesta ha sido afirmativa:   * Indicar nombre de vacuna si es distinta de Imvanex®/Jynneos®: * Indicar fecha de primera dosis: * Indicar puesto de vacunación de primera dosis: | | |
| A pesar de no estar autorizada la vacuna por ficha técnica en niños, he sido adecuadamente informada/o sobre el beneficio de la vacunación frente MPX tras ser mi hijo/a contacto estrecho de un caso confirmado, de la no contraindicación de esta vacuna en niños y que se han realizado varios estudios pediátricos de otras vacunas que utilizan MVA como vector, con un perfil de seguridad tranquilizador y buena tolerancia. Por todo ello, **consiento** que se vacune mi hijo/a con Jynneos®. | | |
| Nombre y apellidos: | | Firma: |