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 [ ] NOEn caso afirmativo, indíquelo:            |
| ¿Vacunación previa con Imvanex®/Jynneos® u otra vacuna frente a la viruela? [ ] SI [ ] NOSi 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:            |