



Universidad Interamericana de Puerto Rico
Recinto de Guayama
Departamento de Ciencias Agrícolas y Animal
Programa de Tecnología Veterinaria

Consentimiento Informado para la Vacunación Contra la Rabia

Yo, (nombre y apellidos) _____, con número de identificación _____ como estudiante que puede estar expuesto al virus de la rabia por las funciones desempeñadas, y luego de ser informado sobre los riesgos y beneficios de la vacunación por _____ quien es un profesional de la salud:

ENTIENDO:

- El propósito, los beneficios y los riesgos de las vacunas recomendadas.
- Las consecuencias de no recibir la vacuna que pueden incluir:
 - o Contraer la enfermedad que la vacuna puede prevenir
 - o Los efectos en mi salud después de contraer la enfermedad
 - o Que la enfermedad se pueda transmitir a otras personas
 - o Mi responsabilidad por el pago de gastos médicos, hospitalarios y cualquier otro gasto relacionado si sufro la enfermedad

_____ **ACEPTO** que recibí la vacuna contra el virus de la rabia.

Luego de evaluar la información proporcionada, y sabiendo que puedo reconsiderar mi decisión en cualquier momento y solicitar la vacunación:

_____ **RECHAZO** la administración de la vacuna

Firma

Fecha