

REQUERIMIENTO FORMAL Y FEHACIENTE DE INFORMACIÓN PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE VACUNA CONTRA COVID19

A:

FECHA:

- Conforme: al Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), [hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997 BOE» núm. 251, de 20 de octubre de 1999, páginas 36825 a 36830]:

[Consentimiento Artículo 5. Regla general.

Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento.

Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias.

En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento.]

- Y Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica (Ley 41/2002, de 14 de noviembre):

ARTÍCULO 2.- Principios básicos.

2. *Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.*
3. *El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.*
4. *Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.*

ARTÍCULO 3.- Las definiciones legales.

A efectos de esta Ley, se entiende por “consentimiento informado”: la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

ARTÍCULO 4.- Derecho a la información asistencial.

1. *Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.*
2. *La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.*
3. *El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.*

La AEMPS: la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) califica las vacunas comercializadas para el coronavirus como un fármaco sujeto a prescripción médica,

según las exigencias del RD Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. <<https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>>

OPCIÓN A: DATOS DEL REQUIRENTE MAYOR DE EDAD

DNI o NIE	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

OPCIÓN B: DATOS DEL/LOS REPRESENTANTE/S LEGAL/ES DEL MENOR DE EDAD [PADRES/MADRES/ TUTORES/APODERADOS] /S(EN ESE CASO NOMBRE HIJO ARRIBA (sólo nombre, sin apellidos ni DNI) Y DATOS DE SU/S REPRESENTANTE ABAJO)

DNI o NIE	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
No rellenar	Rellenar sólo nombre	No rellenar	No rellenar
Rellenar	Rellenar nombre padre	Rellenar	Rellenar
Rellenar	Rellenar nombre madre	Rellenar	Rellenar

DOMICILIO

Provincia	Municipio	Localidad

Dirección	C. Postal

REQUERIMIENTO FORMAL Y FEHACIENTE DE INFORMACIÓN PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19:

El abajo firmante DECLARA e INFORMA, responsablemente conforme a la legislación anterior:

- **Que no tengo información suficiente y adecuada para prestar la conformidad libre, voluntaria y consciente, para que tenga lugar una actuación que afecta a mi salud como es la vacunación contra la Covid-19.**
- **Que tengo derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de mi salud, toda la información disponible sobre la misma, en este caso sobre la vacunación contra la Covid-19.**
- **Que la información clínica sobre la vacunación contra la Covid-19, forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se me comunicará de forma comprensible y adecuada a mis necesidades y me ayudará a tomar decisiones de acuerdo con mi propia y libre voluntad.**
- **Que mi médico me garantizará el cumplimiento de mi derecho a la información. Los profesionales que me atiendan durante el proceso asistencial o me apliquen una técnica o un procedimiento concreto sobre la vacunación contra la Covid-19, también serán responsables de informarme.**
- **Que tengo y siempre tendré derecho a negarme a la inyección de la vacunación contra la COVID-19, sin que sobre mi persona pueda ejercerse ningún tipo de presión o coacción a este respecto, bajo pena de responsabilidades civiles y penales de toda índole.**
- **Que aunque la regla general en cuanto a la información, se proporcionará verbalmente, tengo derecho a que se me comunique por escrito para mi mejor y mayor comprensión y análisis, debiendo incluir, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y**

sus consecuencias.

EI ABAJO FIRMANTE LES REQUIERE FEHACIENTE Y FORMALMENTE QUE SE LE FACILITE POR ESCRITO LO SIGUIENTE PARA DAR CUMPLIMIENTO A MI DERECHO A LA INFORMACIÓN:

- Con respecto a la Información específica sobre la vacuna contra la COVID-19:
 - 1. Marca.
 - 2. Lote.
 - 3. Marcado CE.
 - 4. Especificaciones técnicas y contenido.
 - 5. Fiabilidad y seguridad.
 - 6. Especificidad.
 - 7. Efectos adversos.
 - 8. Requisitos de las personas sobre las que está contraindicada la vacuna, para verificar si me encuentro entre las mismas. Lista de enfermedades que contraindican la inoculación.
 - 9. Cualificación técnico-profesional específica del personal que la administra.
 - 10. Estudios completos de los estudios realizados hasta la fecha y en la fase que se encuentra la misma.
- Indicación fehaciente de la responsabilidad legal y económica en caso de efectos adversos y secundarios, de cualquier nivel de gravedad.
- Posibilidades de contraste, pruebas confirmatorias, consecuencias de los resultados de los estudios realizados.
- Antes de tomar cualquier decisión, **SOLICITO** que me informen **POR ESCRITO** sobre los siguientes puntos que me parecen fundamentales:
 - 1. LISTA COMPLETA de ingredientes de las vacunas actualmente en circulación en nuestro país.
 - 2. Que me certifiquen o informen sobre si la vacuna que tiene la intención de inyectarme contiene MRC5 (células fetales abortadas) o rastros de ADN humano, lo que iría en contra de mis principios éticos y decisiones religiosas.
 - 3. Que me certifiquen o informen sobre si hay o no riesgo de reacciones iatrogénicas severas.
 - 4. Infórmeme de TODAS las contraindicaciones y TODOS los efectos secundarios potenciales conocidos, reparables o irreparables, a corto, medio y largo plazo;
 - 5. Certifíqueme inequívocamente y de buena fe, de conformidad con el artículo 13 del Convenio de Oviedo, que esta tecnología NO tiene el potencial de MODIFICAR el ADN humano a través de la llamada transcriptasa inversa, que permite explícitamente la transferencia de información del ARNm al ADN.
 - 6. Que me certifiquen o informen sobre si esta vacuna contiene o no inserciones del virus del VIH.
 - 7. Que me certifiquen o informen sobre si la vacuna contiene o no un chip de identificación por radiofrecuencia (RFID) o cualquier forma de nanotecnología.
 - 8. Que me certifiquen o informen sobre si la vacuna es o no un ensayo clínico hasta 2023-2024, que contiene el virus del SARS-CoV-2, que inmuniza y que actúa como una vacuna tradicional.
 - 9. Que me certifiquen o informen si hay o no riesgo de citotoxicidad de la proteína Spike y que dicha

proteína no es responsable de graves efectos cardiovasculares (pericarditis y miocarditis en adolescentes), cognitivos y de fertilidad.

10. Que me certifiquen o informen si se han respetado TODOS los parámetros médicos para las pruebas y estudios requeridos, que se han completado los estudios de fase 3 y de fase 4, antes de la comercialización de esta vacuna.

11. Que me certifiquen o informen que se ha procedido al estudio detenido del correspondiente historial clínico y que la vacunación es compatible con las patologías que pudieran haber sido diagnosticadas y con los medicamentos pautados para las mismas.

12. Dígame qué OTROS TRATAMIENTOS están disponibles para LUCHAR CONTRA EL SARS-CoV-2, especificando las ventajas y desventajas de cada tratamiento, de conformidad con el artículo 2 del Código de Núremberg.

13. Qué se me certifique o informe de cuáles son las pruebas diagnósticas recomendadas para demostrar mi buena salud actual y el estado de mi sistema inmunológico.

Además, infórmeme sobre las siguientes cuestiones:

1. Si estoy vacunado, ¿puedo dejar de usar la mascarilla higiénica?
2. Si me vacunan, ¿seré resistente a Covid y sus muchas variantes?, ¿y durante cuánto tiempo?
3. Si me vacuno, ¿evitaré formas severas con hospitalización, así como la muerte?
4. Si me vacunan, ¿seré CONTAGIOSO para los demás?
5. Si experimento una reacción adversa grave, con efectos a largo plazo (aún desconocidos), conduzcan o no a la muerte, ¿se me compensará a mí o a mi familia?

Sólo cuando haya recopilado toda esta información podré darle mi CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO, después de haber evaluado objetivamente la relación beneficio / riesgo.

Si es necesario, reconsideraré si me vacuno, después de seleccionar la vacuna más adecuada para mí.

Estoy en perfecto estado de salud y por lo tanto quiero tomar una decisión reflexiva y responsable, recordando siempre el JURAMENTO HIPOCRÁTICO que sigue siendo la piedra angular de la medicina:

“PRIMUM NON NOCERE”

“ANTE TODO NO HACER DAÑO”

Lo que firmo a los efectos oportunos para dar cumplimiento a lo establecido en el citado Tratado Internacional del que España es parte y en la normativa sanitaria citada y demás normativa en vigor.

En	a:	de:	de:
----	----	-----	-----

En nombre propio, como tutor/responsable y/o representante,

FDO: