

LIBERUM ASOCIACIÓN

Propuesta formulario solicitud información posterior a la vacunación.

El presente documento no supone asesoramiento legal.

Al CONSEJERO DE SALUD de la Comunidad Autónoma de .....

Dirección.....

En..... a ..... de ..... De 2021

D. .... con DNI ..... mayor de edad, con domicilio a estos efectos en ..... Con número de teléfono ..... ante este organismo comparezco y como mejor proceda en Derecho DIGO:

PRIMERO.- Que tras recibir de la consejería de salud una llamada telefónica/un sms (*seleccionar el modo en el que concertó la cita*) indicándome una cita para ser inoculado, en fecha ..... Se me inyectó la primera dosis de la vacuna que se me dijo era la ..... (*indicar aquí cual marca se recibió*) contra el covid-19 en ..... (*lugar de vacunación*); y en fecha ..... la segunda dosis en el mismo lugar (*si es otro lugar distinto indicar*).

SEGUNDO.- Que contrariando la legislación vigente, ni antes ni después de la inoculación fui informado cabalmente de todos los datos disponibles sobre la vacuna por ningún profesional durante el proceso asistencial y en ningún momento he estado amparado por médico responsable de mi persona, como paciente, para garantizar mi derecho a la información. Posteriormente a mi vacunación constaté que todos los laboratorios que comercializan actualmente las vacunas covid-19 establecen que es un medicamento que debe administrarse bajo PRESCRIPCIÓN MÉDICA. Extremo éste que yo desconocía y del que no fui informado ni en el momento de la citación ni en el momento de la inoculación, **por lo que fui vacunado sin la imprescindible garantía de la prescripción facultativa.**

TERCERO.- Que, como consecuencia de lo anterior, y tras la inoculación de esta, me han surgido serios interrogantes sobre aspectos de la vacuna de los que, como ya he expuesto, no fui informado ni previa ni posteriormente al momento de la vacunación.

TERCERO.- Que en virtud de los derechos que me asisten a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de mi salud, toda la información disponible sobre la vacuna inoculada y puesto que en ningún caso recibí en su momento las explicaciones necesarias para conformar cabalmente mi voluntad en el momento de la vacunación, me veo en la necesidad de ejercer mis derechos como paciente y exigir, como establece la ley, **ser informado por escrito sobre esta intervención que puede suponer riesgos o repercusiones negativas en mi salud.**

Por todo lo anterior **SOLICITO SE ME INFORME POR ESCRITO:**

1. Que se proceda a subsanar la falta de prescripción médica de la vacuna que se me ha inoculado y se me asigne médico responsable de la misma y que haga seguimiento de los efectos de la vacuna sobre mi salud.
2. La Marca, Lote, Marcado CE de la vacuna y número de autorización de la Agencia Española del Medicamento
3. Prospecto, ficha técnica y contenido de la vacuna.
4. Efectos adversos y muertes reportadas en España y en Europa desde que comenzó su inoculación.
5. Efectos adversos tanto leves, moderados y graves de la vacuna informados por el fabricante o detectados por la autoridad sanitaria y aquellos que se puedan prevenir en el futuro.
6. Supuestos en los que está contraindicada la vacuna, para verificar si mi historial médico coincide con alguno de éstos.

7. Estudios completos de las investigaciones realizadas hasta la fecha sobre la vacuna elaborados por el laboratorio fabricante y presentados a la autoridad sanitaria para su autorización.
8. Informar si la vacuna se encuentra o no en fase de experimentación o ensayo, indicar la fase en la que se encuentra y la fecha de terminación del ensayo.
9. *(Si se tiene alguna patología, enfermedad rara, crónica, etc incluir este párrafo)* Estudios específicos de efectos adversos sobre personas con enfermedad ..... que padezco. *(describir enfermedad)*
10. *(si se toma algún medicamento de manera habitual)* Estudios específicos sobre la interacción de la vacuna con ..... que tomo habitualmente. *(poner nombre del tratamiento o medicación que se esté tomando).*
11. *(Si se hubiera pasado antes de la inoculación la covid)* Número de voluntarios que fueron objeto de experimentación por el laboratorio, que hubieran pasado la enfermedad de covid-19 previamente a la participación en el ensayo, así como efectos adversos sufridos tras la inoculación de esta.
12. *(Si se hubiera pasado antes de la inoculación la covid)* Estudios específicos y efectos adversos observados de la vacuna sobre las personas que ya hayan pasado la covid-19.
13. *(si la persona vacunada fuera menor de 18 años)* Estudios completos y efectos adversos observados sobre la población menor de 18 años.
14. *(Si la persona estuviera embarazada).* Estudios completos y efectos adversos observados sobre la madre y en el feto.
15. Estudios específicos y efectos observados relativos al riesgo de padecer con la inoculación de la vacuna, el síndrome ADE (Amplificación de la infección dependiente de anticuerpos o también llamada mejora dependiente de anticuerpos), así como cualquier daño o secuela trombótica, neuronal, cerebral, visual y cardíaca.
16. Estudios completos de efectos o repercusiones de la vacuna sobre el ADN humano (genoma humano).
17. Estudios completos y efectos observados sobre la repercusión y efectos adversos en la fertilidad humana *(en caso de ser mujer)* y en el ciclo menstrual.
18. Aclaración sobre si el laboratorio fabricante de la vacuna se exime o ha sido eximido por las autoridades, de responsabilidades legales por los efectos secundarios o adversos que pueda provocar en la población.
19. Indicación fehaciente del responsable legal y económico al que dirigirme en caso de efectos adversos y secundarios, de cualquier nivel de gravedad, así como el número de póliza, cuantía asegurada y compañía aseguradora que cubre esta responsabilidad.
20. Cualificación técnico-profesional específica de las personas que me pincharon las dosis de la vacuna e identificación con nombre y apellidos de estas.
21. Se tenga por admitida esta solicitud en tiempo y forma y **se de escrita contestación en aras del cumplimiento, por la administración a la que me dirijo, de la legislación vigente que me ampara.**

Fdo. ....

DNI.....