

		DATOS COMPLEMENTARIOS VACUNACIÓN COVID-19 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD		CÓDIGO: MI-RS-F-305-03 VERSIÓN 3 PÁGINA: 1 DE 2 FECHA: 27/05/2022	
Bogotá	Fecha	D	M	A	
NOMBRES		APELLIDOS		DIRECCIÓN	
TIPO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO		LOCALIDAD	
C.C	C.E	T.I			
PEP	PPT	NIUP			
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD		TELÉFONO	
D	M	A	CORREO ELECTRÓNICO		
LUGAR DE NACIMIENTO		GRUPO SANGUÍNEO		RH	
NOMBRE DE LA VACUNA A APLICAR		1ª DOSIS	2ª DOSIS	1er REFUERZO	2do REFUERZO

REGISTRO DE DATOS MENORES DE 17 AÑOS					
NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE Y/O PADRE			CLÍNICA DE NACIMIENTO - MENOR DE 17 AÑOS		
TIPO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO		SEMANAS DE GESTACIÓN	
C.C	C.E			PESO DE NACIMIENTO	
PEP	PPT				

VERIFICACIÓN DEL RIESGO			
CRITERIO	SI	NO	¿Cuál?
¿Es alérgico a algún medicamento?			
¿Ha presentado alergias a alguna vacuna?			
¿Fue positivo para COVID-19 en los últimos 3 meses?			
¿Tiene alguna patología de importancia?			
¿Actualmente tiene síntomas respiratorios y/o fiebre? (Fiebre, tos, cefalea, congestión nasal, fatiga)			
¿Ha sido vacunado previamente para COVID-19?			
SI ES MENOR DE 11 AÑOS: ¿ha sido vacunado durante los últimos 14 días con algún biológico?			
¿Acepta la administración de la vacuna?			

REGISTRO DE EGRESO DEL SERVICIO DE VACUNACIÓN			
HORA DE VACUNACIÓN	a.m.	p.m.	

MARQUE CON UNA "X" SI HA PRESENTA LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS (SI/NO)			
CRITERIO	SI	NO	OBSERVACIONES
¿Sensación de cierre o tensión en la garganta?			
¿Dificultad para respirar?			
¿Hinchazón de los ojos, boca, cara o extremidades?			
¿Nauseas, dolor abdominal, calambres?			
¿Enrojecimiento generalizado, picazón, ronchas?			
¿Mareo, taquicardia?			

		DATOS COMPLEMENTARIOS VACUNACIÓN COVID-19 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD		CÓDIGO: MI-RS-F-305-03 VERSIÓN: 3 PÁGINA: 2 DE 2 FECHA: 27/05/2022	
--	--	--	--	---	--

DECLARACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE BIOLÓGICO	
Yo, _____ identificado con CC _____ CE _____ PEP _____ PPT* _____ N° _____ en calidad de paciente _____ y/o representante _____ de _____ N° _____ Manifiesto bajo la gravedad de juramento con mi firma, de forma libre y consciente que: 1.) Me ha sido explicado de forma clara el contenido del consentimiento informado, a través del cual acepto el procedimiento de vacunación. 2.) Es mi primera _____, segunda _____, primer refuerzo _____, segundo refuerzo _____, dosis del Biológico _____, y este, ni otro Biológico (COVID-19) me ha sido aplicado en otro punto de vacunación COVID-19. 3.) Para todos los efectos legales, certifico que la información registrada en el presente documento es veraz	
Nombre del vacunado	
N° de documento	
Firma del vacunado	

INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD			
AUXILIAR DE ENFERMERÍA DE INGRESO		AUXILIAR DE ENFERMERÍA DE EGRESO	
Nombre		Nombre	
N° de documento		N° de documento	
FIRMA DEL AUXILIAR		FIRMA DEL AUXILIAR	



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-CoV-2/ COVID-19

Ciudad: _____ Fecha: día _____ mes _____ año _____ hora: _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA

Nombres: _____
 Tipo de identificación: RC, TI, CC, CE, OTRO _____
 Fecha de nacimiento: día _____ mes _____ año _____ edad _____ años
 Nombre de la EAPB responsable: _____

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tétanos, la tos ferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a sí mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS-CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación. Esta vacuna tiene Aprobación de Uso de Emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar: _____ Primera dosis _____ segunda dosis _____ dosis única _____
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea), articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resaca; fiebre (pirexia); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatía); malestar general, sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

INFORMACIÓN ESPECÍFICA PARA GESTANTES

La vacuna tiene aprobado el uso en mujeres gestantes desde la semana doce (12) y durante los 40 días postparto, siempre que los posibles beneficios superen los posibles riesgos con base en la evaluación clínica realizada en conjunto por el médico tratante y la gestante, lo cual deberá presentar al momento de la vacunación certificación que acredite tal evaluación.

La vacuna que se le está administrando es eficaz para evitar complicaciones severas y muerte en la gestante y en el feto por SARS-CoV-2 COVID-19.

A la fecha no hay pruebas que la vacuna cause efectos adversos importantes para la mujer embarazada, el feto o la placenta, además de los ya observados para la población general.

A nivel poblacional son muchos mayores los beneficios de administrar el biológico, sobre los riesgos de llegar a padecer COVID-19 durante la gestación, por el impacto que sobre la salud materna y perinatal produce la infección por SARS-CoV-2 y ante el alto riesgo de complicaciones severas, ingreso a UCI, y morbilidad y mortalidad materna y fetal asociada a esta enfermedad.



EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, después de haber recibido información por el personal de salud clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el laboratorio productor de la vacuna.

Entiendo que la suscripción de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad, y que NO tiene por objeto eximir de responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a las entidades que participaron en la aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2/COVID-19 de brindar la atención en salud que sea necesaria por la aparición de posibles reacciones adversas no reportadas.

Soy mujer con más de 12 semanas de gestación o durante los 40 días postparto: si no y en caso afirmativo apporto certificación del médico tratante que acredite evaluación clínica para que obre adjunto a este consentimiento, requisito indispensable para recibir la vacuna.

En consecuencia, decido **ACEPTAR:** que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: _____

En caso de requerirse, identificación y firma del representante legal:

Nombres: _____ Apellidos: _____
 Tipo de identificación: - CC ___ CE ___ OTRO ___ Número: _____

Firma: _____

En caso de requerirse firma a ruego:

En virtud de que la persona a vacunar con C.C. ___ C.E. ___ OTRO ___ Número ___ de ___ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma C.E. ___ OTRO ___ número ___ de ___ identificado(a) con C.C. ___ OTRO ___ número ___ de ___ identificado(a) con C.C. ___



Huella dactilar o plantar del rogante _____ Firma del rogado _____
 C.C. _____ C.C. _____

Nombres y apellidos del vacunador _____

Firma _____

Tipo de identificación: - CC ___ CE ___ OTRO ___ Número _____

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): _____
 DEPARTAMENTO / DISTRITO: Bogotá MUNICIPIO: Bogotá BOQUETA

Nota 1. Los menores de edad a partir de 12 años deben firmar junto con uno de sus padres o su representante legal.

Nota 2. Para los menores de 12 años deben firmar sus padres o su representante legal.