IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

Código: F-GV-IP5031
Versión: 02
Vigencia desde: 29/11/

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

ESTANDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTORIZO la aplicación de las vacunas abajo mencionadas, habiendo sido informado de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, inflamación, enrojecimiento, brote, dolor en el sitio de la aplicación. Se pueden presentar estos efectos, dentro de las 48 horas siguientes de la aplicación de la vacuna. Se recomienda: aplicar compresas de agua fría o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no tocar, no rascar y no realizar masaje.

CONVENIO:_____

AUXILIAR VACUNADOR(A): Yolanda Vargas R.

N°	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	21-08-2024	Astrid Mayerly	Rodriguez Jaramillo	CC	1039776664	16-03-2004	Colombiana	Salud	3106752275	calle Nuevo Rueda	astrid.ess@gmail.com	Hep B Varicela	2/2	Mayerly Rodriguez