



DESPACHO DE VACUNAS EXTRAMURALES

MPRESA:

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA

LUGAR: SENA CENTRAL (MINORISTA)

CONTACT:

FECHA: LUNES 31 MARZO HORA 8:00 AM

[illegible]

[illegible]
$$\begin{aligned} TT &= 1 \\ \text{var} &= 1 \end{aligned}$$

PARTO DE VACUNACIÓN JORNADAS

College of Arts and Sciences
University of North Carolina at Charlotte
Charlotte, NC 28226

and a 100% increase in the number of people who had been vaccinated against hepatitis B.

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTORIZO la aplicación de las vacunas bajo 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. Si recomiendo: aplicar compresas de agua fría o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no frotar, no realizar masaje.

3036185

CONVENCION

AUXILIARY VACCINATION

FECHA	NOMBRES	APellidos	PRIMER NOMBRE	BOLETO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	LOCALIDAD	SEXO	TIPO DE VIVIENDA	DIRECCION ALBERGO	GRUPO ELECTORAL	VACACIONES	OTROS	OTROS
03/03/2009	Jesús David	Aguilera	cc	954	10/10/2006	Colón	Salud	310421	3331	2017	11	3	Jesús David
03/03/2009	Picardo Leon	Posada	cc	935	19/09/1969	Colón	Salud	305303	3212	2017	11	3	Picardo Leon

$$T_F = 2$$

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, bulto, 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 lavar, no coquear y no realizar masaje.

CONVENIO: 3141426

AUXILIAR VACUNADOR(A):

#	FECHA	NOMBRES	APellidos	SEXO	USUARIO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	SEXO	TELEFONO	SEGURO SALUD	CONVENIO ELABORADOR	VACUNAS	NOTAS	PRESEN
3103	25	Emanuel	Pases	cc	1026133 696	10/09 2005	Colom	Salvo 70701	320658 3672	Pabiedo Kinedy	3103 25 cc Emanuel	TT	1	Emanuel Pases
3103	25	Jhonatan	Garcia	cc	1000401 266	11/12 2001	Colom	Sura 70701	300199 3924	Nepur apnical	3103 25 cc Jhonatan	TT	1	Jhonatan
3103	25	Johan	29paf	TI	101823 8157	09/09 2007	Colom	Nura 70701	302366 7956	Capri Cibana William	3103 25 cc Johan	TT	1	Johan
3103	25	Jesus David	Bustamante	cc	1063286 215	20/12 2006	Colom	Gomph 70701	321575 2943	Candilma	3103 25 cc Jesus David	TT	1	Jesus David

TT=4

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, arrojamiento, 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 lavar, no coquear y no realizar masaje.

2114213

CONVENIO:

AUXILIAR VACUNADOR(A):

FECHA	NOMBRE	APellidos	SEXO	USUARIO	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	SPS	TELEFONO	DIRECCION-BUSCA	CONTRATO ELECTRONICO	VACUNAS	OTRAS	FECHA
31/03/25	Jerson David	Perez Suenriva	M	1023624 898	06-09-2003	Colombiana	Sura	312892 134	Wipup Pello	N	Varicela 2		Jerson David
31/03/25	Duner Anjanio	Perez	M	103344 393	04-05-2004	Colombiana	Sura	320408 692	Robledo Sana ypana	Varicela 2			Duner Anjanio B.
31/03/25	Pearfamin	Cardona	M	14568 010	15-11-1982	Colombiana	Solid total	319331 9531	Villa Hermosa	Varicela 2			Pearfamin
31/03/25	Manuel Felipe	Opando Garcia	M	105068 810	04-08-2005	Colombiana	Solid	350841 4908	Granada	Varicela 2			Manuel Felipe
31/03/25	Elder	Hendora Perez	M	1152316 170	19-03-1999	Colombiana	Sura	300522 4651	Robledo Minamor	Varicela 2			Elder
31/03/25	Wilson	Hernandez	M	1035854 494	19-01-1989	Colombiana	Sura	313343 4655	Andres Pineda	Varicela 2			Wilson

Varicela 2

TT=6

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

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, bulto, 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 frotar, no picar y no realizar masaje.

CONVENIO: 2993904

AUXILIAR VACUNADOR(A):

FECHA	NOMBRE	APELLIDO	EDAD	CÓDIGO IDENTIFICACION	FECHA DE ACREDITACION	NÚMERO	SEXO	TÍTULO	DIRECCION CLINICA	CONTINIO EL ECTOPROPO	VACUNAS	PASES	PROBA
31/03/25	Luis Miguel	Guzman	cc	1034916668	11/06/2004	1034916668	Sur	3006323018	Idggu Santa Ana	Asmibefin co eg com	TT	3	Luis Miguel
31/03/25	Juan Pablo	Fenebnd	cc	10004115695	07/05/2001	10004115695	Salud	3135018241	Painio Amhepa	com	TT	3	Juan Pablo

TT=2

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTORIZO la aplicación de las vacunas bajo mencionadas, habiendo sido informado de los efectos secundarios como: náuseas, dolor, inflamación, enrojecimiento, bulto, 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 frotar y no realizar masaje.

AUXILIAR VACUNADOR(A):

CONVENIO: **Sena ficha 3065333-**

#	FECHA	NOMBRE	APELLIDOS	SEXO	EDAD	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	MACROBOLAS	ETNIA	TELEFONO	DIRECCION-BAJADA	EDUCACION-BAJADA	VACUNAS	OTROS	REMARKS
310325		Bladimir	Jaramilla	H	cc	1214343356	18.08.1998	colón	Guna	8188148838	Alvarado Alamos	T. 0655555555	variet 2	2	Bladimir
310325		Juan Andres	Espinoza	H	cc	1023801399	08/04/2005	colón	Guna	3129145598	Belen	T. 0655555555	variet 2	2	Juan Andres
310325		Juan Manuel	Alejandre	H	cc	1128463922	16.05.1999	colón	Guna	3225233843	Poblen	T. 0655555555	variet 2	2	Juan Manuel

VAR1=3
TT=3

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

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, náusea, inflamación, enrojecimiento, bulto, 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 frotar, no tocar y no realizar masaje.

3141404

CONSENTIMIENTO INFORMADO
ESTÁNDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLÍNICAS
AUXILIAR VACUNADOR(A):

Edad	Nombre	Apellido	Sexo	Cédula de Identificación	Fecha de Nacimiento	Nacionalidad	Etnia	Teléfono	Dirección Actual	Correo Electrónico	Vacunas	Grupos	Problemas
03/25	Samuel	Puiz	EL	1023630225	02-08-2006	Colombiano	Gaucho Salva	3024591029	Campo Alegre	Samuel Puiz 2006@gmail.com	TT	1	Agua
03/25	Juan	Galindo Ramirez	CC	1025662603	28-05-2006	Colombiano	Sauva Salva	3143193014	Bello	Sebastián Ramirez 3143193014@gmail.com	TT	1	Sebas
03/25	Jose Angel	Jimenez H	CC	1040501888	19-05-2008	Colombiano	Salva Jota	30011563011	Uparque Oriental	Jose Angel Jimenez 30011563011@gmail.com	TT	1	Jose
03/25	Jonatan	Serna Pledahna	CC	1033179930	06-06-2006	Colombiano	Sauva Salva	32402313917	Pobledo	Jonatan Serna 32402313917@gmail.com	TT	1	Jonatan

TT=4
VQIN=1

[illegible]