ESE HOSPTIAL SAN JOSE DE AGUADAS CALDAS

LINEA: PAI

ESTRATEGIA: PROTEGIENDO SUEÑOS, VACUNAS AL DIA

Nombre del profesional: Carlos Andrés Valencia Garcés

Profesión: Enfermero Jefe.

Fecha de ejecución: 16-05-2025

Lugar de la capacitación: VEREDA ALTO BONITO

1. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

8 JORNADA INFORMATIVA DE VACUNACIÓN DIURNA RURAL

Hora inicio: 8:00 am
Hora de finalización: 2:00 pm

2. OBJETIVO DE LA CAPACITACIÓN:

Desarrollar procesos informativos de difusión de mensajes para orientar, anunciar o recomendar a los individuos, familias, comunidades, sobre aspectos relacionados con la importancia del Programa Ampliado de Inmunizaciones del esquema permanente, vacunación contra la COVID - 19, Influenza, Hepatitis B adulto (población priorizada), fiebre amarilla población susceptible, VPH niños y niñas, gestantes, Td), los temas a desarrollar estarán enfocados en la importancia de la inmunización, promover en las personas el inicio, la continuación y la terminación de esquemas con el esquemas en la población susceptible, con gran énfasis en los niños y niñas menores de 6 años. Esto con el fin de contribuir a la prevención y control de las enfermedades prevenibles por vacuna.

3. CURSO DE VIDA

PRIMERA INFANCIA, INFANCIA, ADOLESCENCIA, JUVENTUD Y VEJEZ

4. METODOLOGIA

1. Presentación del personal a cargo de la actividad.

Se realizó la presentación del personal ejecutor de la estrategia del área de enfermería (2 auxiliares de enfermería vacunadora y 1 apoyo), a los beneficiarios de la actividad “PROTEGIENDO SUEÑOS, VACUNAS AL DIA”; dando agradecimientos por la asistencia y el compromiso de la actividad a ejecutar, de las personas participantes de la estrategia a lo largo de la jornada; con el apoyo en la logística, para biológicos, desplazamientos, insumos entre otros elementos necesarios, por parte del enfermero Carlos Valencia, de la ESE Hospital, San José de Aguadas.

2. Presentación del fin de la actividad y los temas a tratar.

Se dará a conocer el objetivo general, de la actividad a desarrollar durante la jornada, de la

estrategia “PROTEGIENDO SUEÑOS, VACUNAS AL DIA”

3. Desarrollo de la jornada.

Se desarrollaron procesos informativos de difusión de mensajes para orientar, anunciar o recomendar a los individuos, familias, comunidades, sobre aspectos relacionados con la importancia del Programa Ampliado de Inmunizaciones del esquema permanente, vacunación contra la COVID -19, Influenza, Hepatitis B adulto (población priorizada), fiebre amarilla población susceptible, VPH niños y niñas, gestantes, Td), los temas a desarrollar estarán enfocados en la importancia de la inmunización, promover en las personas el inicio, la continuación y la terminación de esquemas con el esquemas en la población susceptible, con gran énfasis en los niños y niñas menores de 6 años. Esto con el fin de contribuir a la prevención y control de las enfermedades prevenibles por vacuna.

Se informó sobre la importancia de contar con un esquema completo de vacunación, en Colombia cuenta con el Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI-, uno de los más completos a nivel mundial, el cual se caracteriza por ser universal, equitativo y el más costo efectivo por su alcance en el propósito de proteger a la población contra enfermedades prevenibles a través de la vacunación. En términos generales el PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones) es una estrategia para unificar el uso y aplicación de las vacunas en todo el país, garantizando que además esta sea gratuita para los usuarios, y permitiendo el acceso a la misma, en toda la red de prestadores de servicios de salud a nivel nacional.

Se procedió a brindar información sobre las enfermedades que podemos evitar con la inmunización como lo es COVID -19, Influenza, Hepatitis B adulto (población priorizada), fiebre amarilla población susceptible, VPH niños y niñas, gestantes, Td), Tuberculosis, Hepatitis B, Tétanos, Tos ferina, Rotavirus (diarreas), Influenza, Sarampión, Rubeola y Parotiditis, así mismo como las consecuencias al adquirir estas enfermedades por no encontrarse inmunizados, posterior se procedió a la verificación del esquema de vacunación de cada uno de los participantes, y según hallazgos y/o dinámicas encontradas en esta verificación, se realizaron según el caso, canalizaciones para el servicio de vacunación, intervenciones educativas correspondientes y/o diligenciamiento de desistimiento informado correspondiente.

Se enfatiza que la vacunación es la estrategia más efectiva después del agua potable para la prevención de enfermedades. La salud implica todas las acciones que buscan garantizar el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas de la vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables a las personas, familias y comunidades. El uso de las vacunas implica la protección parcial o completa contra un agente infeccioso. La vacunación es la mejor estrategia y la más costo-efectiva, demostrada universalmente, para la reducción de la incidencia y mortalidad por las enfermedades inmunoprevenibles. En términos generales, la vacunación busca la disminución del riesgo de enfermar y morir por enfermedades prevenibles.

4. Conclusiones, compromisos y cierre de actividad.

Al finalizar la intervención informativa se resolvieron dudas finales, a cada uno de los participantes de la estrategia y agradecimientos por la participación. Se adjuntan base de datos formato Excel, lista de asistencia, formato de canalización, desistimiento, evidencias fotográficas, según dinámicas propias de la estrategia.

NOTA ACLARATORIA:

A. La usuaria identificada con CC 1055832154 GLADYS ORTIZ OSORIO, es la acudiente del menor identificado con TI 1055837779 JUAN DAVID GOMEZ ORTIZ y del menor identificado con TI 1055833977 JHON ESTEBAN CARDONA ORTIZ.
B. La usuaria identificada con CC 1055831296 LUZ AIDE ARIAS PATIÑO, es la acudiente del menor identificado con RC 1055839432 FELIPE ORREGO ARIAS.
C. La usuaria identificada con CC 1055831296 LUZ AIDE ARIAS PATIÑO, es la acudiente del menor identificado con RC 1055839432 FELIPE ORREGO ARIAS y del menor identificado con TI 1055835319 ALEJANDRO ORREGO ARIAS.
D. El usuario identificado con CC 75046641 GILDARDO GIRALDO FRANCO, es la acudiente del menor identificado con TI 1055837499 DIEGO GIRALDO DAVILA.
E. La usuaria identificada con CC 24369183 ALBANED GARCIA RAMIREZ, es la acudiente del menor identificado con TI 1040882643 LUCIANA GARCIA.



CARLOS ANDRES VALENCIA GARCES
ENFERMERO U. DE CALDAS
REG. 21252

CUADRO N1 PROCESOS INFORMATIVOS REALIZADOS

N	TIPO ID	IDENTIFICACION	NOMBRE	Apellidos	sexo	contacto	EPS	SITUACION ACTUAL DE VACUNA FALTANTE	EDAD
1	CC	75050718	JOSE EDILSON	GARCIA	MASCULINO	3122521255	SALUD TOTAL	ESQUEMA COMPLETO	45
2	CC	1055832154	GLADYS	ORTIZ OSORIO	FEMENINO	3205542448	SALUD TOTAL	ESQUEMA COMPLETO	37
3	TI	1055837779	JUAN DAVID	GOMEZ ORTIZ	MASCULINO	3205542448	SALUD TOTAL	ESQUEMA COMPLETO	9
4	TI	1055833977	JHON ESTEBAN	CARDONA ORTIZ	MASCULINO	3205542448	SALUD TOTAL	ESQUEMA COMPLETO	15
5	CC	1002089771	ANDERSON ARLEY	GAVIRIA CALLEJAS	MASCULINO	3207756008	NUEVA EPS	DESISTIMIENTO FA	26
6	CC	24363684	MARTA	GALLEGO RAMIREZ	FEMENINO	3122113838	SALUD TOTAL	DESISTIMIENTO INFLUENZA	73
7	CC	1055838219	JHON EDILSON	OSORIO GOMEZ	MASCULINO	3116989275	SURA	DESISTIMIENTO FA	26
8	CC	4334252	ROBERTO ANTONIO	RAMIREZ FRANCO	MASCULINO	3146522201	SALUD TOTAL	INFLUENZA	77
9	CC	1055831296	LUZ AIDE	ARIAS PATIÑO	FEMENINO	3205461353	SURA	DESISTIMIENTO FA	38
10	RC	1055839432	FELIPE	ORREGO ARIAS	MASCULINO	3205461353	SURA	ESQUEMA COMPLETO	2
11	TI	1055835319	ALEJANDRO	ORREGO ARIAS	MASCULINO	3205461353	SURA	VPH	13
12	CC	1002642792	SANDRA MILENA	MEDINA GOMEZ	FEMENINO	3137678442	SURA	FIEBRE AMARILLA - TD	22
13	CC	1055838409	EDITH JOHANA	OSORIO HERRERA	FEMENINO	3208085549	SURA	FIEBRE AMARILLA	26
14	CC	1003288288	YESICA PAOLA	ROJAS MENCA	FEMENINO	3104424479	SALUD TOTAL	ESQUEMA COMPLETO	36
15	CC	1037120397	DANIELA ALEJANDRA	VALENCIA VERGARA	FEMENINO	3205004398	SAVIA SALUD	FIEBRE AMARILLA - TD	19
16	CC	1055837031	CESAR AUGUSTO	ARCILA GARCIA	MASCULINO	3127842853	SURA	FIEBRE AMARILLA	28
17	CC	75046641	GILDARDO	GIRALDO FRANCO	MASCULINO	3126889740	SURA	FIEBRE AMARILLA	58
18	TI	1055837499	DIEGO	GIRALDO DAVILA	MASCULINO	3126889740	SURA	ESQUEMA COMPLETO	9
19	CC	24369183	ALBANED	GARCIA RAMIREZ	FEMENINO	3135728676	SURA	DESISTIMIENTO FA	51
20	TI	1040882643	LUCIANA	GARCIA GARCIA	FEMENINO	3135728676	SURA	ESQUEMA COMPLETO	11

ANEXO N 1 DESISTIMIENTOS SEGÚN EL CASO Y/O PANTALLAZO DE CANALIZACIÓN EFECTIVA

5 CC 1002089771 ANDERSON ARLEY GAVIRIA CALLEJAS MASCULINO DESISTIMIENTO FA

Nombre de la Institución Prestadora De Servicios De Salud-IPS ESE HSJ

Municipio: Aguadas **Departamento:** Caldas

Modelo de desistimiento informado para la aplicación de biológicos durante la estrategia PAI permanente/COVID-19:

Yo Anderson Arley Gaviria Identificación 1002089771 Fecha 16-05-2025

Hora 9:00 Edad 26. Nombre del padre de familia y/o cuidador _____

Identificación _____

DECLARACIÓN: El personal del área de la salud Yuliana Morales nos ha explicado y hemos entendido la siguiente información sobre la aplicación del biológico Fiebre Amarilla

EN QUE LE BENEFICIARÁ: Con la aplicación de los biológicos podemos evitar muchas enfermedades de las cuales pueden ser incapacitantes y mortales. Según los cálculos de la OMS, las vacunas infantiles salvan la vida de 4 millones de niños cada año.

Aunque algunas enfermedades son actualmente poco frecuentes, los patógenos que las causan continúan circulando en todo el mundo o en partes de él. Hoy en día, las enfermedades infecciosas atraviesan fronteras con facilidad e infectan a las personas que no están protegidas.

COMO SE REALIZA: Se administra la vacuna sea vía oral, intramuscular, intradérmica y subcutánea, pueden ser en la zona deltoides y tercio medio cara antero lateral del muslo.

EVENTOS ADVERSOS: En el sitio de aplicación (1 a 5 días postvacunación): dolor, hinchazón, eritema, hematoma y prurito.

Sistémico (1 a 5 días postvacunas): pirexia (fiebre), diarrea, vomito, mialgias (dolor muscular), tos, infección de vías respiratorias superiores, odontalgia (dolor dental), malestar general, artralgia (dolor en articulaciones).

NO OBLIGATORIEDAD DE LA VACUNA:

DECLARO: Que he sido informado con anticipación y de forma satisfactoria he comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el personal del área de la salud que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado y con la información recibida, **NO** acepto la aplicación de la vacuna Fiebre amarilla, en tales condiciones.

NO ACEPTO: X que se me aplique la vacuna.

Nombre del cuidador y/o usuario Anderson Arley Gaviria Firma: ANDERSON GA CC: 1002089771

Nombre del Vacunador Yuliana Morales Firma: Yuliana Morales CC: 1090513655

6 CC 24363684 MARTA GALLEGO RAMIREZ FEMENINO DESISTIMIENTO INFLUENZA

Nombre de la Institución Prestadora De Servicios De Salud-IPS ESE HSJ

Municipio: Aguadas **Departamento:** Caldas

Modelo de desistimiento informado para la aplicación de biológicos durante la estrategia PAI permanente/COVID-19:

Yo Marta Gallego Ramirez Identificación 24363684 Fecha 16-05-2025

Hora 9:15 Edad 73 Nombre del padre de familia y/o cuidador _____

Identificación _____

DECLARACIÓN: El personal del área de la salud Yuliana Morales nos ha explicado y hemos entendido la siguiente información sobre la aplicación del biológico Influenza

EN QUE LE BENEFICIARÁ: Con la aplicación de los biológicos podemos evitar muchas enfermedades de las cuales pueden ser incapacitantes y mortales. Según los cálculos de la OMS, las vacunas infantiles salvan la vida de 4 millones de niños cada año.

Aunque algunas enfermedades son actualmente poco frecuentes, los patógenos que las causan continúan circulando en todo el mundo o en partes de él. Hoy en día, las enfermedades infecciosas atraviesan fronteras con facilidad e infectan a las personas que no están protegidas.

COMO SE REALIZA: Se administra la vacuna sea vía oral, intramuscular, intradérmica y subcutánea, pueden ser en la zona deltoides y tercio medio cara antero lateral del muslo.

EVENTOS ADVERSOS: En el sitio de aplicación (1 a 5 días postvacunación): dolor, hinchazón, eritema, hematoma y prurito.

Sistémico (1 a 5 días postvacunas): pirexia (fiebre), diarrea, vomito, mialgias (dolor muscular), tos, infección de vías respiratorias superiores, odontalgia (dolor dental), malestar general, artralgia (dolor en articulaciones).

NO OBLIGATORIEDAD DE LA VACUNA:

DECLARO: Que he sido informado con anticipación y de forma satisfactoria he comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el personal del área de la salud que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado y con la información recibida, **NO** acepto la aplicación de la vacuna Influenza, en tales condiciones.

NO ACEPTO: X que se me aplique la vacuna.

Nombre del cuidador y/o usuario Marta Gallego Firma: Marta

CC: 24363684

Nombre del Vacunador Yuliana Morales Firma: Yuliana Morales CC: 1090513655

7 CC 1055838219 JHON EDILSON OSORIO GOMEZ MASCULINO DESISTIMIENTO FA

Nombre de la Institución Prestadora De Servicios De Salud-IPS ESE HSJ

Municipio: Aguadas **Departamento:** Caldas

Modelo de desistimiento informado para la aplicación de biológicos durante la estrategia PAI permanente/COVID-19:

Yo Jhon edilson osorio Identificación 1055838219 Fecha 16 Mayo 2025

Hora 9:30 Edad 26 Nombre del padre de familia y/o cuidador _____

Identificación _____

DECLARACIÓN: El personal del área de la salud Yuliana Morales nos ha explicado y hemos entendido la siguiente información sobre la aplicación del biológico Fiebre amarilla .

EN QUE LE BENEFICIARÁ: Con la aplicación de los biológicos podemos evitar muchas enfermedades de las cuales pueden ser incapacitantes y mortales. Según los cálculos de la OMS, las vacunas infantiles salvan la vida de 4 millones de niños cada año.

Aunque algunas enfermedades son actualmente poco frecuentes, los patógenos que las causan continúan circulando en todo el mundo o en partes de él. Hoy en día, las enfermedades infecciosas atraviesan fronteras con facilidad e infectan a las personas que no están protegidas.

COMO SE REALIZA: Se administra la vacuna sea vía oral, intramuscular, intradérmica y subcutánea, pueden ser en la zona deltoides y tercio medio cara antero lateral del muslo.

EVENTOS ADVERSOS: En el sitio de aplicación (1 a 5 días postvacunación): dolor, hinchazón, eritema, hematoma y prurito.

Sistémico (1 a 5 días postvacunas): pirexia (fiebre), diarrea, vomito, mialgias (dolor muscular), tos, infección de vías respiratorias superiores, odontalgia (dolor dental), malestar general, artralgia (dolor en articulaciones).

NO OBLIGATORIEDAD DE LA VACUNA:

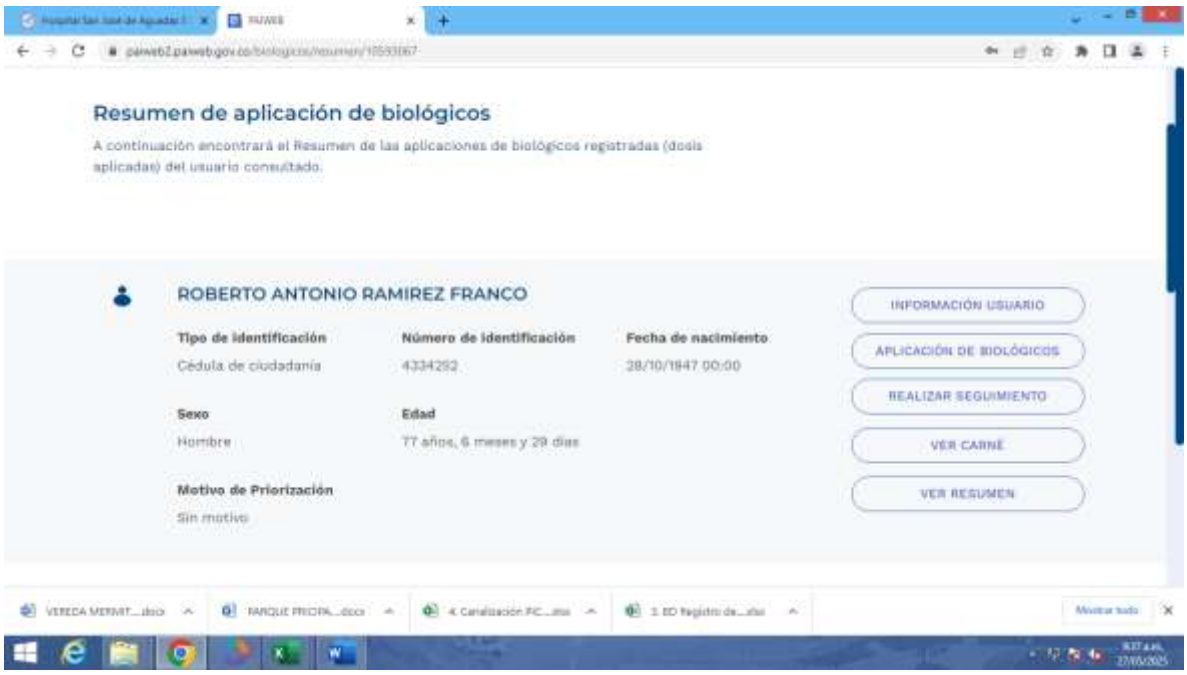
DECLARO: Que he sido informado con anticipación y de forma satisfactoria he comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el personal del área de la salud que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado y con la información recibida, **NO** acepto la aplicación de la vacuna Fiebre amarilla, en tales condiciones.

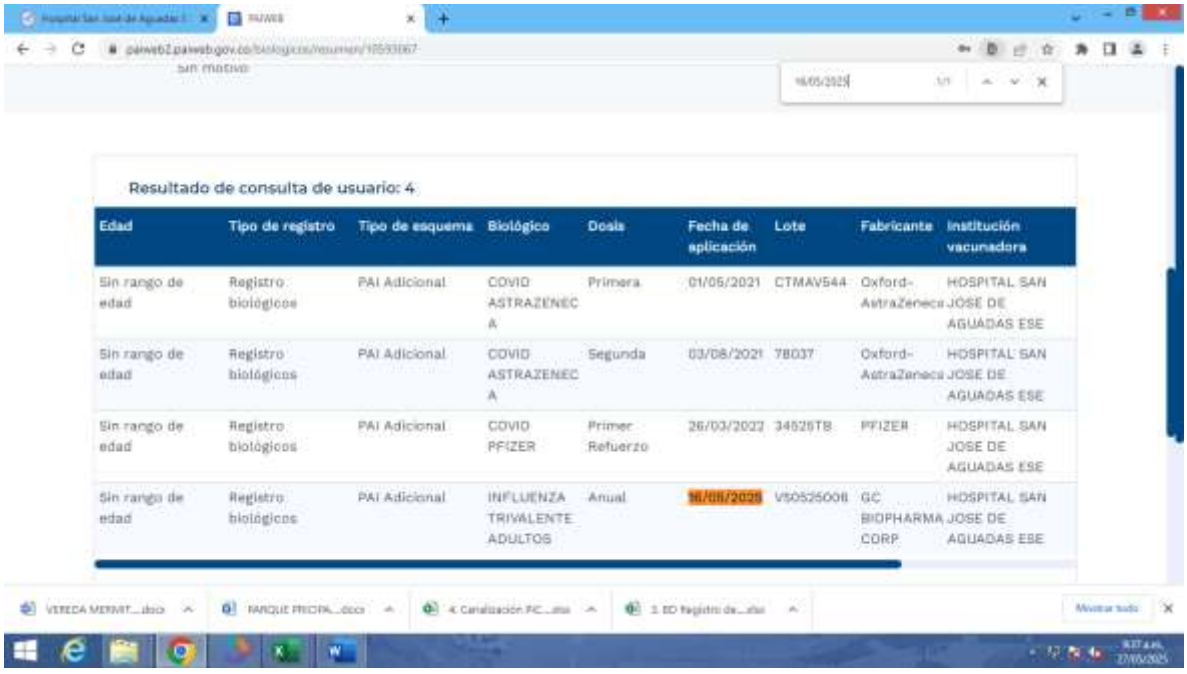
NO ACEPTO: X que se me aplique la vacuna.

Nombre del cuidador y/o usuario Jhon edilson osorio Firma: Jhon Edilson O
CC: 1055838219

Nombre del Vacunador Yuliana Morales Firma: Yuliana Morales CC: 1090513655

8 CC 4334252 ROBERTO ANTONIO RAMIREZ FRANCO MASCULINO INFLUENZA





9 CC 1055831296 LUZ AIDE ARIAS PATIÑO FEMENINO DESISTIMIENTO FA

Nombre de la Institución Prestadora De Servicios De Salud-IPS ESE HSJ

Municipio: Aguadas **Departamento:** Caldas

Modelo de desistimiento informado para la aplicación de biológicos durante la estrategia PAI permanente/COVID-19:

Yo luz aide Arias patiño Identificación 1055831296 Fecha 16-05-2025

Hora 10:00 Edad 38 . Nombre del padre de familia y/o cuidador _____

Identificación _____

DECLARACIÓN: El personal del área de la salud Yuliana Morales nos ha explicado y hemos entendido la siguiente información sobre la aplicación del biológico Fiebre amarilla

EN QUE LE BENEFICIARÁ: Con la aplicación de los biológicos podemos evitar muchas enfermedades de las cuales pueden ser incapacitantes y mortales. Según los cálculos de la OMS, las vacunas infantiles salvan la vida de 4 millones de niños cada año.

Aunque algunas enfermedades son actualmente poco frecuentes, los patógenos que las causan continúan circulando en todo el mundo o en partes de él. Hoy en día, las enfermedades infecciosas atraviesan fronteras con facilidad e infectan a las personas que no están protegidas.

COMO SE REALIZA: Se administra la vacuna, sea vía oral, intramuscular, intradérmica y subcutánea, pueden ser en la zona deltoides y tercio medio cara antero lateral del muslo.

EVENTOS ADVERSOS: En el sitio de aplicación (1 a 5 días postvacunación): dolor, hinchazón, eritema, hematoma y prurito.

Sistémico (1 a 5 días postvacunas): pirexia (fiebre), diarrea, vomito, mialgias (dolor muscular), tos, infección de vías respiratorias superiores, odontalgia (dolor dental), malestar general, artralgia (dolor en articulaciones).

NO OBLIGATORIEDAD DE LA VACUNA:

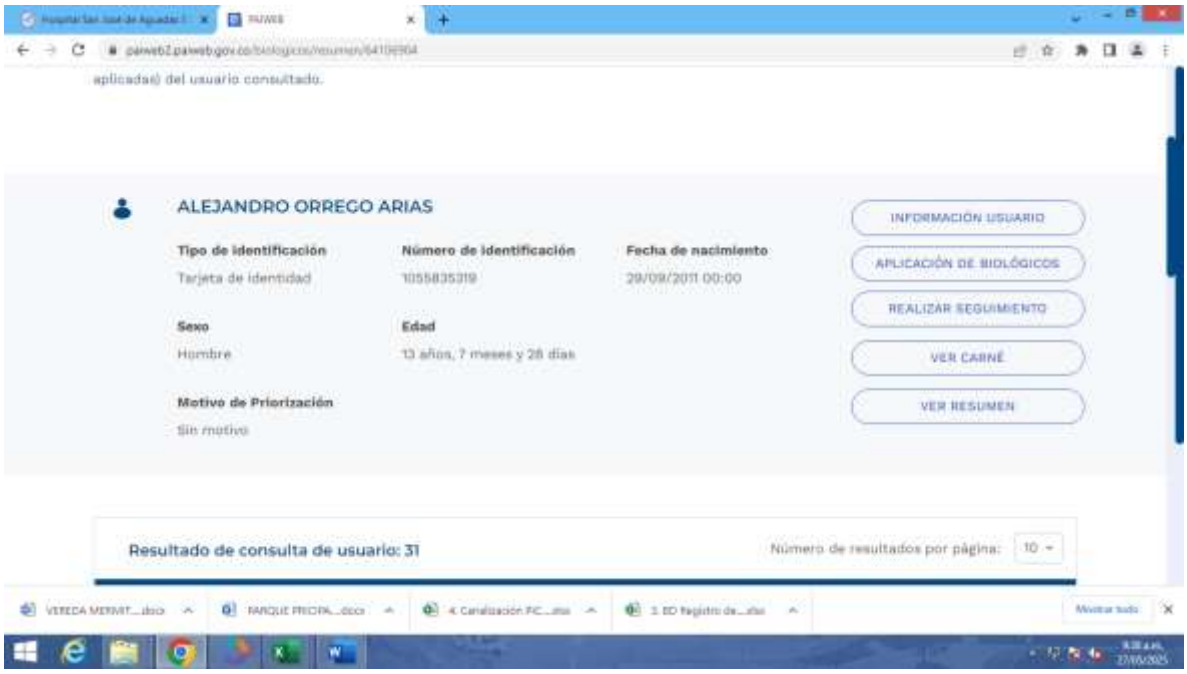
DECLARO: Que he sido informado con anticipación y de forma satisfactoria he comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el personal del área de la salud que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado y con la información recibida, **NO** acepto la aplicación de la vacuna Fiebre amarilla, en tales condiciones.

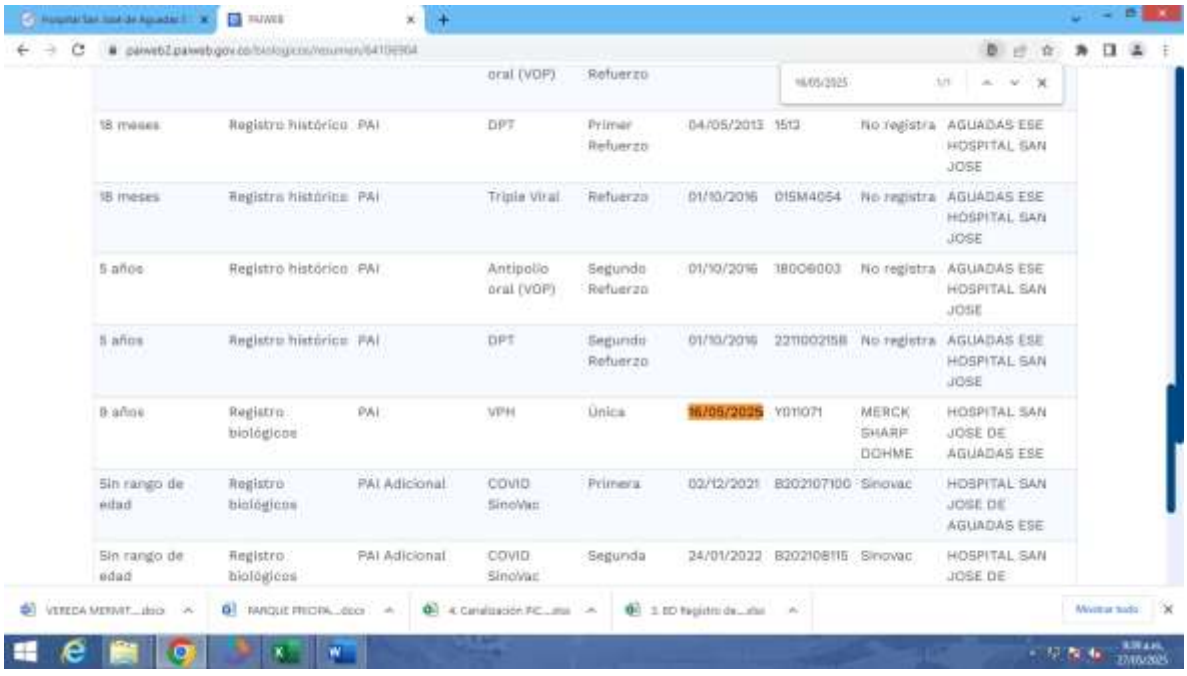
NO ACEPTO: X que se me aplique la vacuna.

Nombre del cuidador y/o usuario luz aide Arias patiño Firma: luz Aide Arias P CC: 1055831296

Nombre del Vacunador Yuliana Morales Firma: Yuliana Morales CC: 1090513655 .

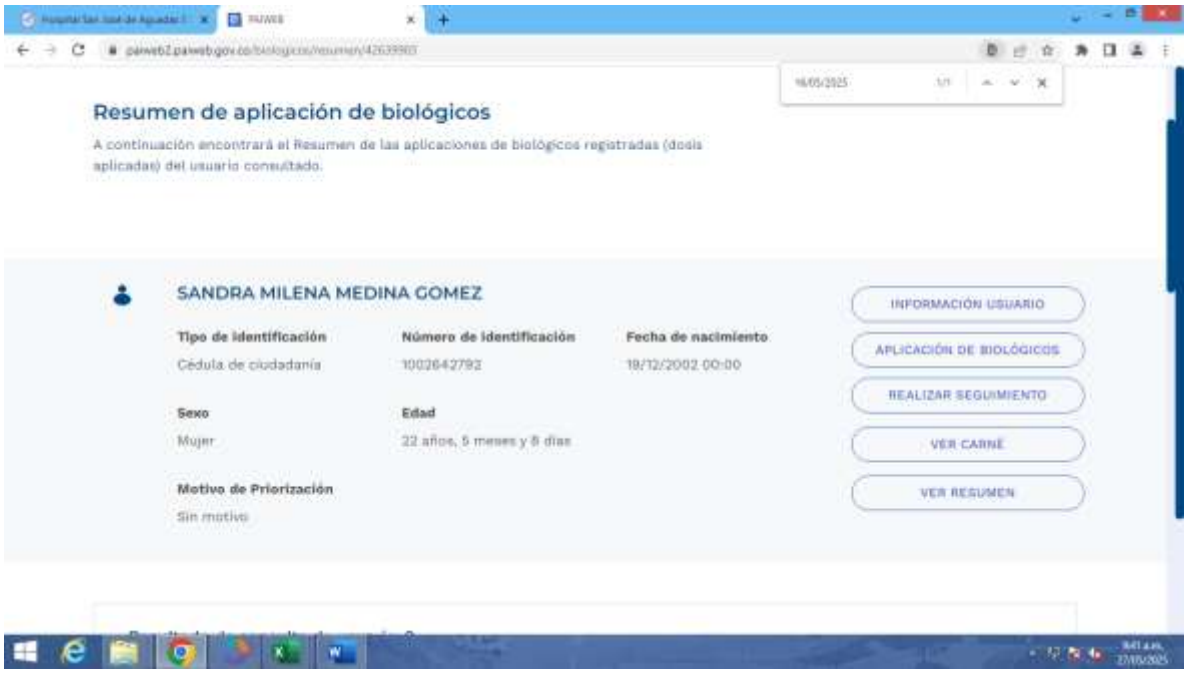
11 TI 1055835319 ALEJANDRO ORREGO ARIAS MASCULINO VPH

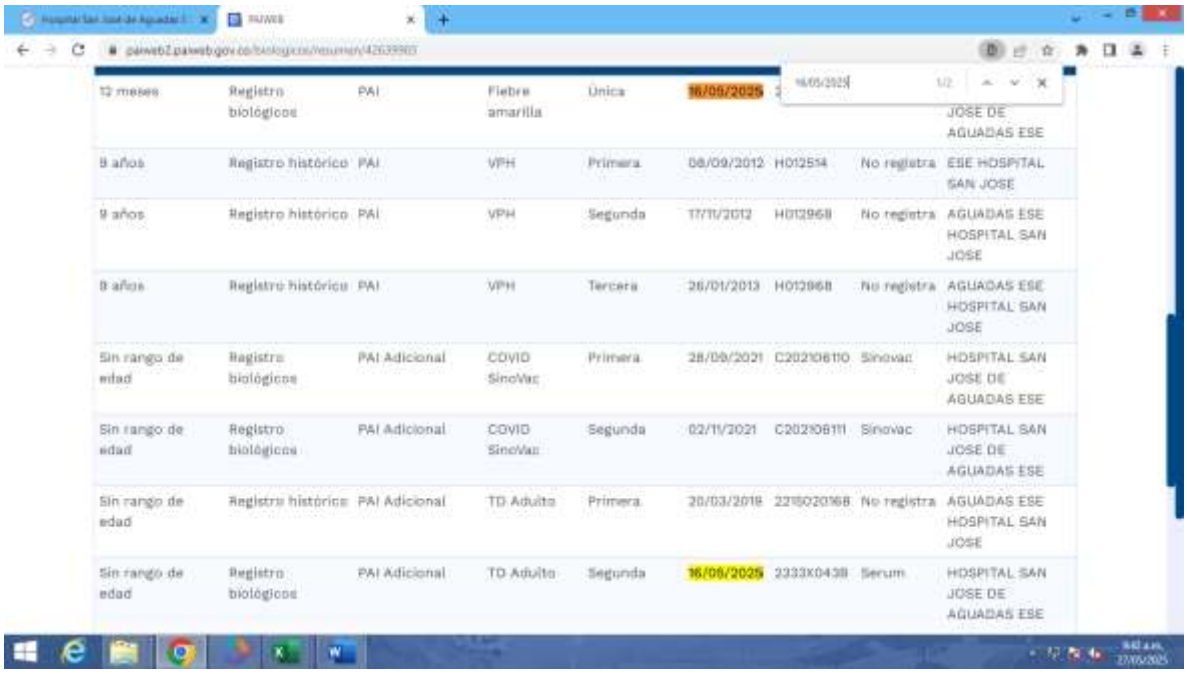




			oral (VOP)	Refuerzo				
18 meses	Registro histórico	PAI	DPT	Primer Refuerzo	04/05/2013	1513	No registra	AGUADAS ESE HOSPITAL SAN JOSE
18 meses	Registro histórico	PAI	Triple Viral	Refuerzo	01/10/2016	015M4054	No registra	AGUADAS ESE HOSPITAL SAN JOSE
5 años	Registro histórico	PAI	Antipolio oral (VOP)	Segundo Refuerzo	01/10/2016	18006003	No registra	AGUADAS ESE HOSPITAL SAN JOSE
5 años	Registro histórico	PAI	DPT	Segundo Refuerzo	01/10/2016	2211002158	No registra	AGUADAS ESE HOSPITAL SAN JOSE
9 años	Registro biológicos	PAI	VPH	Única	16/05/2025	Y011071	MERCK SHARP DOHME	HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS ESE
Sin rango de edad	Registro biológicos	PAI Adicional	COVID SinoVac	Primera	02/12/2021	B202107100	Sinovac	HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS ESE
Sin rango de edad	Registro biológicos	PAI Adicional	COVID SinoVac	Segunda	24/01/2022	B202108115	Sinovac	HOSPITAL SAN JOSE DE

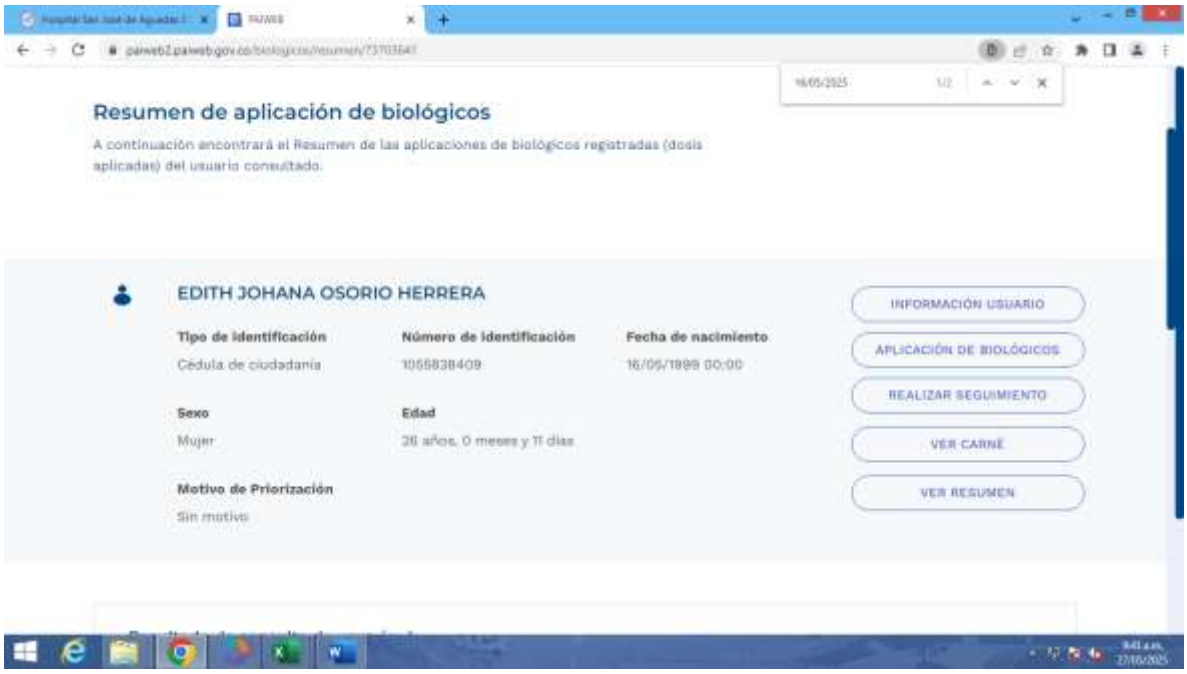
12 CC 1002642792 SANDRA MILENA MEDINA GOMEZ FEMENINO FIEBRE AMARILLA -TD

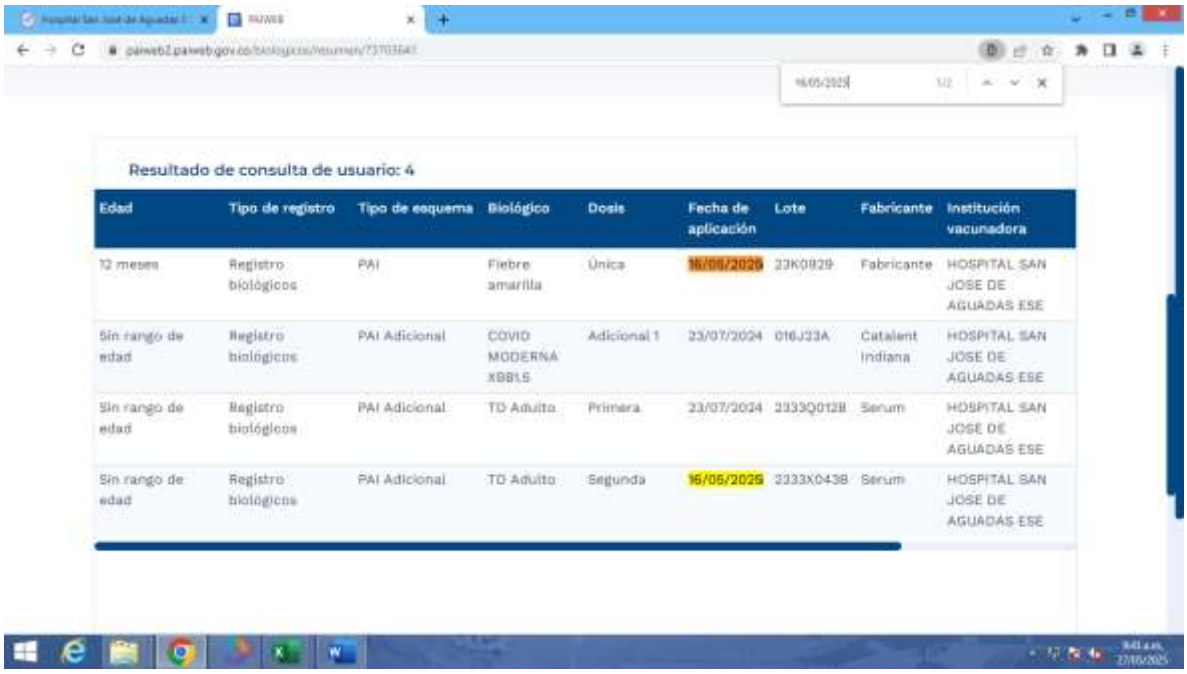




12 meses	Registro biológicos	PAI	Fiebre amarilla	Unica	16/05/2025			JOSE DE AGUADAS ESE
9 años	Registro histórico	PAI	VPH	Primera	08/09/2012	H012514	No registra	ESE HOSPITAL SAN JOSE
9 años	Registro histórico	PAI	VPH	Segunda	17/11/2012	H012968	No registra	AGUADAS ESE HOSPITAL SAN JOSE
8 años	Registro histórico	PAI	VPH	Tercera	26/01/2013	H012968	No registra	AGUADAS ESE HOSPITAL SAN JOSE
Sin rango de edad	Registro biológicos	PAI Adicional	COVID SinoVac	Primera	28/09/2021	C202106110	Sinovac	HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS ESE
Sin rango de edad	Registro biológicos	PAI Adicional	COVID SinoVac	Segunda	02/11/2021	C202106111	Sinovac	HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS ESE
Sin rango de edad	Registro histórico	PAI Adicional	TD Adulto	Primera	20/03/2018	2218020168	No registra	AGUADAS ESE HOSPITAL SAN JOSE
Sin rango de edad	Registro biológicos	PAI Adicional	TD Adulto	Segunda	16/05/2025	2333X0438	Serum	HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS ESE

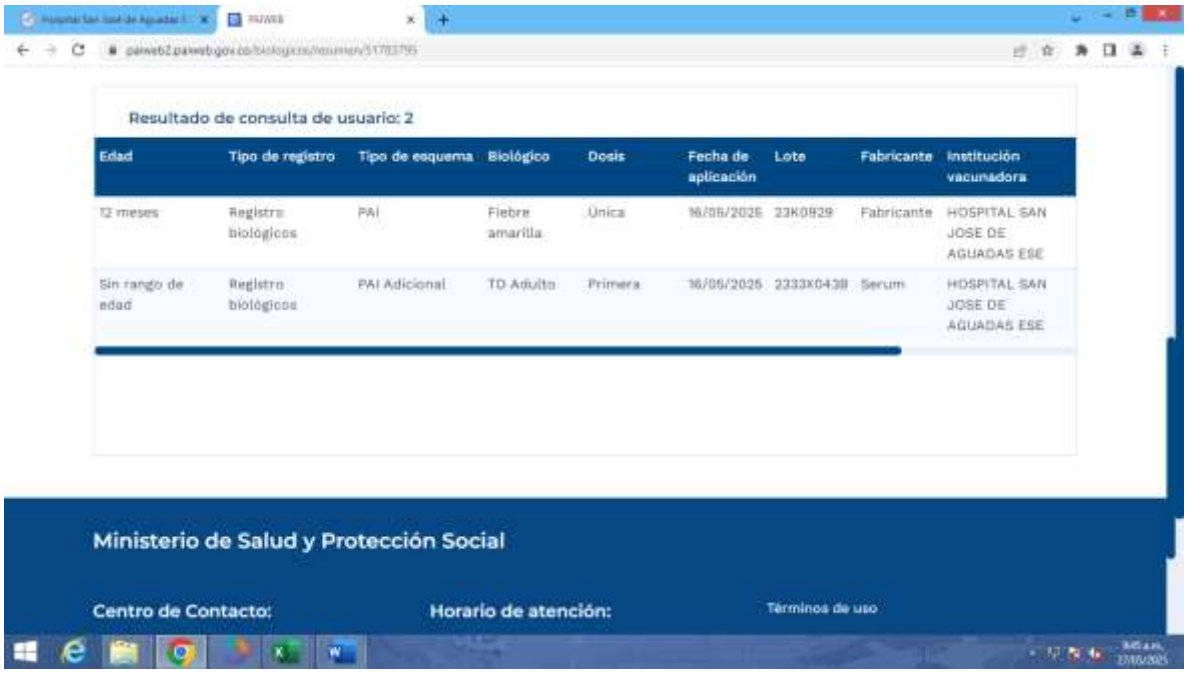
13 CC 1055838409 EDITH JOHANA OSORIO HERRERA FEMENINO FIEBRE AMARILLA



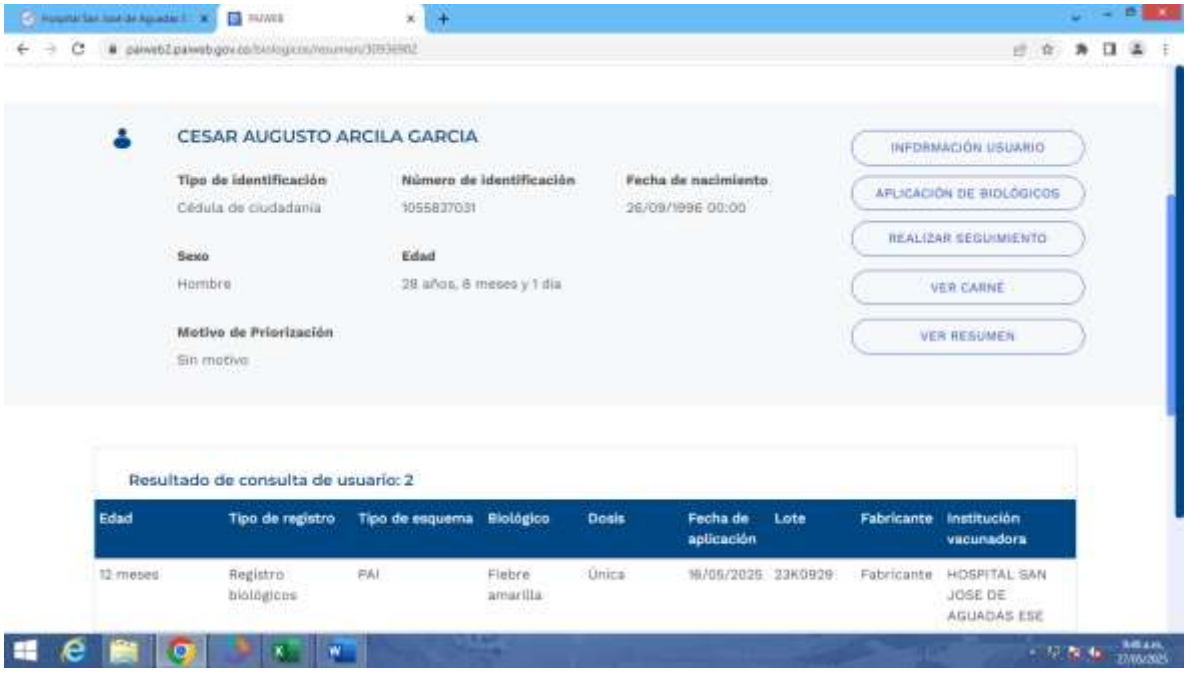


15 CC 1037120397 DANIELA ALEJANDRA VALENCIA VERGARA FEMENINO FIEBRE AMARILLA - TD

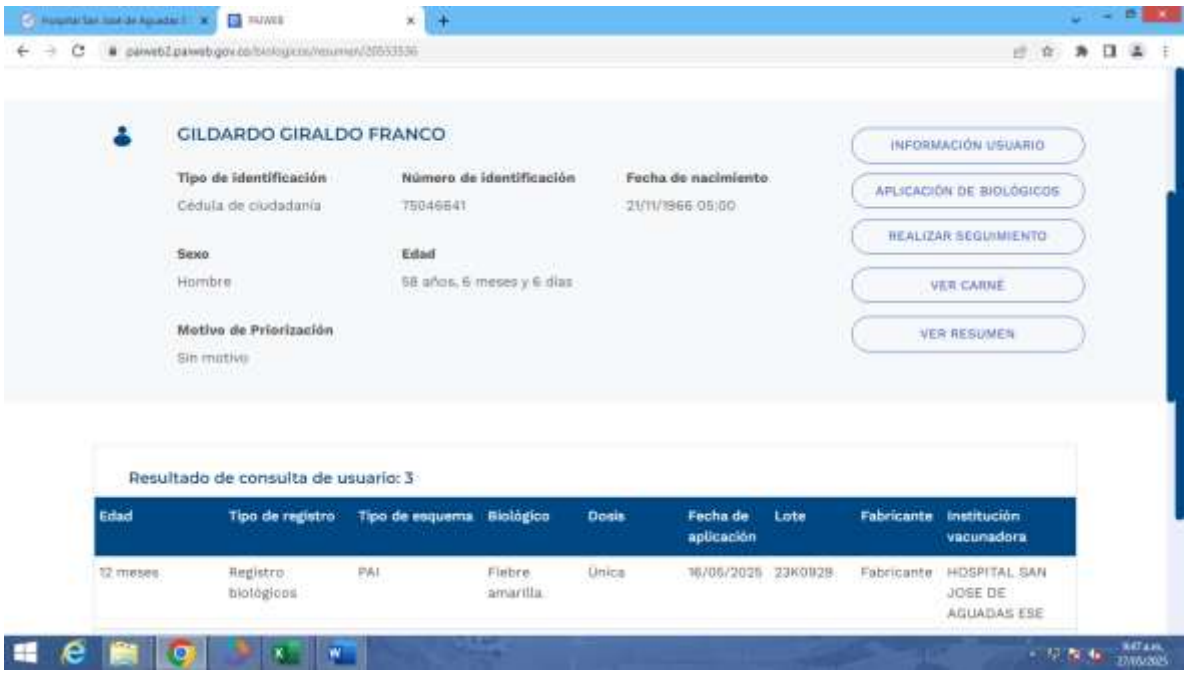




16 CC 1055837031 CESAR AUGUSTO ARCILA GARCIA MASCULINO FIEBRE AMARILLA



17 CC 75046641 GILDARDO GIRALDO FRANCO MASCULINO FIEBRE AMARILLA



19 CC 24369183 ALBANED GARCIA RAMIREZ FEMENINO DESISTIMIENTO FA

Nombre de la Institución Prestadora De Servicios De Salud-IPS Ese Hsj

Municipio: Aguadas **Departamento:** Caldas

Modelo de desistimiento informado para la aplicación de biológicos durante la estrategia PAI permanente/COVID-19:

Yo Albaned Garcia Ramirez Identificación 24369183 Fecha 16 Mayo 2025

Hora 12:00 Edad 51 Nombre del padre de familia y/o cuidador _____

Identificación _____

DECLARACIÓN: El personal del área de la salud Yuliana Morales nos ha explicado y hemos entendido la siguiente información sobre la aplicación del biológico Fiebre amarilla

EN QUE LE BENEFICIARÁ: Con la aplicación de los biológicos podemos evitar muchas enfermedades de las cuales pueden ser incapacitantes y mortales. Según los cálculos de la OMS, las vacunas infantiles salvan la vida de 4 millones de niños cada año.

Aunque algunas enfermedades son actualmente poco frecuentes, los patógenos que las causan continúan circulando en todo el mundo o en partes de él. Hoy en día, las enfermedades infecciosas atraviesan fronteras con facilidad e infectan a las personas que no están protegidas.

COMO SE REALIZA: Se administra la vacuna sea vía oral, intramuscular, intradérmica y subcutánea, pueden ser en la zona deltoides y tercio medio cara antero lateral del muslo.

EVENTOS ADVERSOS: En el sitio de aplicación (1 a 5 dias postvacunación): dolor, hinchazón, eritema, hematoma y prurito.

Sistémico (1 a 5 días postvacunas): pirexia (fiebre), diarrea, vomito, mialgias (dolor muscular), tos, infección de vías respiratorias superiores, odontalgia (dolor dental), malestar general, artralgia (dolor en articulaciones).

NO OBLIGATORIEDAD DE LA VACUNA:

DECLARO: Que he sido informado con anticipación y de forma satisfactoria he comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el personal del área de la salud que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado y con la información recibida, **NO** acepto la aplicación de la vacuna Fiebre amarilla, en tales condiciones.

NO ACEPTO: X que se me aplique la vacuna.

Nombre del cuidador y/o usuario Albaned Garcia Ramirez Firma: Alba Med CC: 24369183

Nombre del Vacunador Yuliana Morales Firma: Yuliana Morales CC: 1090.513655

REGISTRO FOTOGRAFICO





