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

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 16-05-2023

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 .

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

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 16-05-2023

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

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

Municipio: Aquado **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 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 Albaned Garcia Ramirez Firma: Alba Ned CC: 24369183

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