Nombre de la Institución Prestadora De Servicios De Salud-IPS Hospital Departamental San Rafael

Municipio: Risaralda **Departamento:** Caldas

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

Yo María Rocio Gonzalez Identificación 24322468 Fecha 21/Junio/2025

Hora 08:52 Edad 69 Nombre del padre de familia y/o cuidador _____

Identificación _____

DECLARACIÓN: El personal del área de la salud Katherin Santafé Arce 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 María Rocio Gonzalez Firma: [signature] CC: 24322468

Nombre del Vacunador Angela María Botero Firma: ANGELA BOTERO CC: 30398524

Nombre de la Institución Prestadora De Servicios De Salud-IPS Hospital Departamental San Rafael

Municipio: Risaralda **Departamento:** Caldas

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

Yo Rafael Gonzalo Correa Identificación 9920004 Fecha 21/JUNIO/2025

Hora 09:20 Edad 63 Nombre del padre de familia y/o cuidador _____

Identificación _____

DECLARACIÓN: El personal del área de la salud Katherin Santafé Arce 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 Rafael Gonzalo Correa Firma: RAFAEL GONZALES CC: 9920004

Nombre del Vacunador Angela María Botero Firma: ANGELA BOTERO CC: 30398529