**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 Sebastian Diaz Identificación 1088328129 Fecha 17/Junio/2025

Hora 05:13 Edad 29 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 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 Sebastian Diaz Firma: Sebastian Diaz A.
CC: 1088328129

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

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

**Municipio:** Risaralda **Departamento:** Caldas

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

Yo Cecilia Ospina Identificación 31210031 Fecha 17|Junio|2025

Hora 04:11 Edad 80 Nombre del padre de familia y/o cuidador _____

Identificación _____

**DECLARACIÓN:** El personal del área de la salud Kathern 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 Cecilia Ospina Firma: _____
CC: 31210031

Nombre del Vacunador Angela Maria Botero Firma: ANGELA BOTERO CC: 1039189259

**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 Luz Marina Morales Identificación 25078473 Fecha 17|Junio|2025

Hora 09:08 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 Luz Marina Morales Firma: _____
CC: 25078473

Nombre del Vacunador Angela Maria 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 Jennifer Gomez Identificación 33945337 Fecha 17/Junio/2025

Hora 3:09 Edad 40 Nombre del padre de familia y/o cuidador _____

Identificación _____

**DECLARACIÓN:** El personal del área de la salud Katherin Santaré Arce 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 Jennifer Gomez Firma: Jennifer Gomez
CC: 33945337

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