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 Francisco Antonio Rodas Identificación 10200431 Fecha 24/Junio/2025

Hora 16:18 Edad 74 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 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 Francisco Antonio Rodas Firma: Francisco Rodas Calle CC: 10200431

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 Gloria Valencia Identificación 25077626 Fecha 24/Junio/2025

Hora 15:43 Edad 69 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 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 Gloria Valencia Firma: [signature]
CC: 25077626

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 Alquiver de Jesus Quiceno Identificación 6273886 Fecha 24/Junio/2025

Hora 15:05 Edad 60 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 Alquiver de Jesus Quiceno Firma: _____
CC: 6273886

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 Fabian Sepulveda Identificación 10059001 Fecha 24/Junio/2025

Hora 02:23 Edad 81 Nombre del padre de familia y/o cuidador _____

Identificación _____

DECLARACIÓN: El personal del área de la salud Kathorin Santaré 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 Fabian Sepulveda Firma: Fabian Sepulveda R CC: 10059001

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 Alberto de Jesus Velez Identificación 4550330 Fecha 24/Junio/2025

Hora 01:44 Edad 75 Nombre del padre de familia y/o cuidador _____

Identificación _____

DECLARACIÓN: El personal del área de la salud Katherin Cantaré 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 Alberto de Jesus Velez Firma: Alberto Vle CC: 4550330

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