**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 Jose Luis Saldarriaga Identificación 1002863600 Fecha 26/Junio/2025

Hora 11:18 Edad 30 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 Amarila, en tales condiciones.

**NO ACEPTO:** X que se me aplique la vacuna.

Nombre del cuidador y/o usuario Jose Luis Saldarriaga Firma: Jose Luis
CC: 1002863600

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 Jhonatan Galeano Identificación 1059786858 Fecha 26/Junio/2025

Hora 10:52 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 Jhonatan Galeano Firma: Jhonatan Galeano bayro
CC: 1059786858

Nombre del Vacunador Angela María Botero Firma: ANGELA BOTERO CC: 30391852-1

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

**Municipio:** Fisaralda **Departamento:** Caldas

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

Yo Maria Gabriela Morales Identificación 24310771 Fecha 26/Junio/2025

Hora 11:22 Edad 73 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 Maria Gabriela Morales Firma: Gabriela Morales CC: 24310771

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 Jhonatan Soto Identificación 9924059 Fecha 26/junio/2025

Hora 09:40 Edad 40 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 Jhonatan Soto Firma: Johatha

CC: 9924059

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 Beatriz Elena Gomez Identificación 1059184454 Fecha 26/Junio/2025

Hora 08:55 Edad 38 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 Beatriz Elena Gomez Firma: Beatriz Gomez CC: 1059184454

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 Jairo de Jesus Velez Identificación 4426164 Fecha 26/Junio/2025

Hora 8:25 Edad 79 Nombre del padre de familia y/o cuidador _____

Identificación _____

**DECLARACIÓN:** El personal del área de la salud Katharin Santafe 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 Jairo de Jesus Velez Firma: [signature] CC: 4426164

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