	DESISTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE BIOLÓGICOS DURANTE LA ESTRATEGIA PAI PERMANENTE/COVID-19	Código:
		Versión: 1.0
	E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ	Fecha: Junio 2025

Municipio: Belalcazar **Departamento:** Caldas

Yo Flor Marina lopez Mendoza Identificación 1057756572
Fecha 20.09.25 Hora 10:00 Edad 36
Nombre del padre de familia y/o cuidador _____
Identificación _____

DECLARACIÓN: El personal del área de la salud Bibiana B nos ha explicado y hemos entendido la siguiente información sobre la aplicación del biológico FA - Td Adulto

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/o tercio medio cara anterolateral 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 FA Td Adulto, en tales condiciones.

NO ACEPTO: X que se me aplique la vacuna.

Nombre del cuidador y/o usuario Flor Marina lopez Mendoza Firma: Flor Marina López
CC: 1057756572.

Nombre del Vacunador: Bibiana Ballesteros 1.057.758.027 Vacunadora Firma: Bibiana B
Reg.: _____