Salud

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmuniaciones

FORMATO DE RECHAZO A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

Municipio Pensilvania **IPS vacunadora** ESE Hospital Local San Juan de Dios

He sido informado de lo que es la fiebre amarilla y el riesgo que implica esta enfermedad tanto para mi, como para las personas que estan a mi alrededor. Me informaron que es necesario vacunarme ya que es la unica manera de prevenir el contagio, pero a pesar de conocer esta información ME NIEGO A QUE ME VACUNEN O QUE VACUNEN A MI HIJO MENOR DE EDAD.

consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y apellidos completos	Tipo de identificación	Número de documento de identidad	Edad		Dirección de residencia (Nomenclatura, vereda, finca etc)	EAPB	Motivo por el cual decide que no lo vacunen contra la fiebre amarilla	Firma	Nombre del encuestador o vacunador que lo atendió.
					Años	Meses					
1	02-10-25	Yefferson Quintero	cc	1057783845	18		Vereda la Costa	S. Total	No desea vacunarse	Yefferson	Anngie G
2	02-10-25	Evens Tatiana Jiménez	TI	1054551214	17		Vereda la Costa	S. Total	No se quiere vacunar	Tatiana U.	Anngie G
3	02-10-25	Nolberto Tangarife	CC	15990965	46		Vereda la Costa	N.EPS	No se quiere vacunar	Nolberto	Anngie G
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

Salud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Dirección de Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestion Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles - Programa Ampliado de Inmunizaciones

CONSENTIMIENTO DE NO VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

Teniendo en cuenta toda la información y comunicación brindada por parte de las autoridades sobre la necesidad de la vacunación contra la fiebre amarilla, mediante la firma del presente formulario, manifiesto mi consentimiento informado, libre de toda coacción y bajo la gravedad de juramento, de no vacunarme y de asumir las consecuencias y responsabilidades que acarrea esta decisión, en el evento de contagiarme de la enfermedad fiebre amarilla.

Entidad Territorial: ESE HLSJD ***Municipio*** Pensilvania ***Vereda:*** la Costa

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y apellidos completos	Tipo de identificación	Número documento de identidad	Edad		Dirección de residencia (Nomenclatura, vereda, finca etc)	EAPB	Motivo por el cual decido que NO me vacunen contra la fiebre amarilla		Firma del Encuestado	Nombre del encuestador o vacunador que lo atendió.
					años	meses			Declaro antecedente vacunal y asumo riesgos de contagio propio o a terceros	Rechazo la vacunación a pesar de haber recibido información		
1	02-10-25	Yeferson Quintero	CC	1057783845	18		Vereda la Costa	S.Total		X	Yefferson	Anngie Garzón
2	02-10-25	Evenis Tatiana Jiménez	TI	1054551214	17		Vereda la Costa	S.Total		X	Tatiana	Anngie Garzón
3	02-10-25	Norberto Tangarife	CC	15990965	46		Vereda la Costa	N.EPS		X	Norberto	Anngie Garzón
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												