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					
15 1	17-10-25	Jhon Freddy Tangarife	CC	1002732662	35		Vereda Palio Bonito	S.Total	Paciente No desea vacunarse	Jhon Freddy T.	Anngie G.
2	17-10-25	Maria Sanchez	CC	75142691	55		Vereda Palio Bonito	Suia	Pte declara ac. vacunal	[illegible]	Anngie G
12 3	17-10-25	Maria Angela Bedoya	CC	24719380	56		Vereda Palo Bonito	Suia	Pte declara ac. vacunal	[illegible]	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

Salud

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:*** Patio Bonito

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		
15 1	17-10-25	Jhon Freddy Tangarife	CC	1002732662	35		Vereda Patio Bonito	S.Total		X	Jhon Freddy T.	Anngie G.
7 2	17-10-25	Asibai Sánchez	CC	75142191	55		Vereda Patio Bonito	Sura	X			Anngie G.
12 3	17/10/25	Maira Omilse Bedoya	CC	21729380	55		Vereda Patio Bonito	Sura	X			Anngie G.
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

Scanned with CamScanner