Salud

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

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: Pensilvania **IPS vacunadora:** ESE Hospital Local San Juan de Dios **Extramural:** Vereda la Soledad

Barrio, vereda, comunidad...otro... especificar

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y Apellidos completos	Tipo de identificación	Número Documento de identidad N°	EAPB	¿Tiene alguna enfermedad inmunosupresora? (1)		¿Utiliza algún medicamento inmunosupresor? (2)		Tiene problemas de coagulacion ? (3)		Ha presentado enfermedad febril aguda en el último mes ?		¿Ha presentado reaccion alérgica grave, despues de consumir huevo de gallina? O es alérgico a eritromicina o kanamicina		Ha recibido alguna vacuna viva atenuada en los últimos 30 días? (4)		¿Ha recibido transfusion sanguinea(plasma), inmunoglobulinas o transplante de organos en los últimos 3 meses?		Embarazada	Lactancia materna	Firma de los encuestados
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Condicion para precaución especial (5)		
1	24-09-15	Amparo Jaramillo	CC	30406314	S.Total		X		X		X		X		X		X		X			
2	24-09-15	Walter Suarez	CC	9500143	S.Total		X		X		X		X		X		X		X			
3	24-09-15	Jesus Arnulfo Gonzalez	CC	4486253	S.Total		X		X		X		X		X		X		X			
4	24-09-15	Leidy Yaniana Giraldo	CC	1059119216	S.Total		X		X		X		X		X		X		X		X	
5	24-09-15	Raul Mauricio Avila	C	1059119216	S.Total		X		X		X		X		X		X		X			
6	24-09-15	Monica Valencia Ocampo	CC	1024583105	S.Total		X		X		X		X		X		X		X	X		
7	24-09-15	Miguel David Londoño	TI	1033823566	S.Total	X		X			X		X		X		X		X			
8	24-09-15	Aleida Perez Lopez	CC	24820931	S.Total	X		X		↑			X		X		X		X			
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						

Tipo de Identificación: CC = Cédula ciudadanía, PA = Pasaporte, CE = Cédula de Extranjería, AS = Adulto sin identificación.

(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes,VIH positivo, artritis reumatoidea,enfermedad del timo, (incluye timectomía), insuficiencia renal o crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Miastemis gravis, tumor de

(2) Medicamentos inmunosupresores: corticoides (uso continuo por mas de 14 días), quimioterapia, radioterapia, antiretrovirales.

(3) Tiene problemas de coagulacion: púrpura trombocitopénica, lesiones hemorrogicas en piel (petequias o equimosis), hemofilia, enfermedad de Gilbert?

(4) Vacunas vivas atenuadas que deben verificarse: BCG, rubeola, sarampión y paperas, varicela. (se aplican simultaneamente o se debe esperar 4 semanas para su aplicación entre ellas), con vacuna contra el cólera y fiere tifoidea, esperar 3 semanas

(5) Condición para precaución especial, solo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización médica y lineamiento nacional. En caso de que la madre esta dando lactancia materna, solo se puede vacunar a partir de los 12 meses de edad del bebé.

Conducta a seguir:	**Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR** **Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR**	**Nombre del encuestador o vacunador:** Anngie Liliana Garzón Salazar

Versión:

Salud

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

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: Pensilvania **IPS vacunadora:** ESE Hospital local San Juan de Dios **Extramural:** Vereda la Soledad

Barrio, vereda, comunidad...otro... especificar

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y Apellidos completos	Tipo de identificación	Número Documento de identidad N°	EAPB	¿Tiene alguna enfermedad inmunosupresora? (1)		¿Utiliza algún medicamento inmunosupresor? (2)		Tiene problemas de coagulacion ? (3)		Ha presentado enfermedad febril aguda en el último mes ?		¿Ha presentado reaccion alérgica grave, despues de consumir huevo de gallina? O es alérgico a eritromicina o kanamicina		Ha recibido alguna vacuna viva atenuada en los últimos 30 días? (4)		¿Ha recibido transfusion sanguinea(plasma), inmunoglobulinas o transplante de organos en los últimos 3 meses?		Embarazada	Lactancia materna	Firma de los encuestados
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Condicion para precaución especial (5)		
1	24-09-25	Gabriela Zapata	CC	1053611615	S.Total		X		X		X	X			X		X		X			Gabriela Zapata
2	24-09-25	Yuliet Osorio	CC	1012465241	N.EPS		X		X		X		X		X		X		X	X		Yuliet Osorio
3	24-09-25	Miriam Cifuentes	CC	24873718	N.EPS		X		X		X		X		X		X		X			Miriam Cifuentes A
4	24-09-25	Henry Alberto Gutiérrez	CC	15990723	N.EPS	X		X			X		X		X		X		X			Henry Alberto Gutiérrez
5	01-10-25	Soraida Quintero	CC	24835564	N.EPS	X		X			X		X		X		X		X			Soraida Quintero
6	01-10-25	Lucelidy Osorio	CC	24835520	N.EPS		X		X		X		X		X		X		X			Lucelidy
7	01-10-25	Julian Alejandro Giraldo	CC	98506793	N.EPS		X		X		X		X		X		X		X			
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						

Tipo de Identificación: CC = Cédula ciudadanía, PA = Pasaporte, CE = Cédula de Extranjería, AS = Adulto sin identificación.

(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes,VIH positivo, artritis reumatoidea,enfermedad del timo, (incluye timectomía), insuficiencia renal o crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Miastemis gravis, tumor del

(2) Medicamentos inmunosupresores: corticoides (uso continuo por mas de 14 días), quimioterapia, radioterapia, antiretrovirales.

(3) Tiene problemas de coagulacion: púrpura trombocitopénica, lesiones hemorrogicas en piel (petequias o equimosis), hemofilia, enfermedad de Gilbert?

(4) Vacunas vivas atenuadas que deben verificarse: BCG, rubeola, sarampión y paperas, varicela. (se aplican simultaneamente o se debe esperar 4 semanas para su aplicación entre ellas), con vacuna contra el cólera y fiere tifoidea, esperar 3 semanas

(5) Condición para precaución especial, solo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización médica y lineamiento nacional. En caso de que la madre esta dando lactancia materna, solo se puede vacunar a partir de los 12 meses de edad del bebé.

Conducta a seguir:	Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR	Nombre del encuestador o vacunador: Anngie Liliana Garzón Salazar

Versión: 08/2024

- Henry Alberto - Pte con Ca de testicula