MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Salud

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

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN EN BROTE DE FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 60 Y MÁS AÑOS

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla se realiza anamnesis (interrogatorio) al usuario para conocer sus antecedentes y estado actual de salud con base al siguiente cuestionario:

Fecha: 02/10/2025 **Entidad Territorial:** ESE HISJD.

Municipio: Caldas **Vereda:** La Costa **IPS vacunadora:** HISJD **Vacunación Intra( ) Extramural(X)**

Dirección de la persona a quién se le realiza la anamnesis : Vereda la costa **Teléfono de contacto** 3137828763

Nombres y Apellidos completos del encuestado	Fecha de nacimiento DD/MM/AA	Edad	Tipo de identificación	N° de Documento de identidad	EAPB	¿Tiene alguna enfermedad Inmunosupresora? (1)		¿Utiliza algún medicamento inmunosupresor? (2)		Tiene problemas de coagulacion? (3)		Ha presentado enfermedad febril 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?		Firma del encuestado
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Aura Rosa Arias	31-01 1954	71	CC.	24869474	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X		X	Aura Arias L.

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

(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes no controlada, SIDA, artritis reumatoidea, enfermedad del timo, (incluye timectomía), insuficiencia renal o crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Miastenia gravis, tumor del timo o extirpación. La vacuna se pudiera administrar a pacientes infectados por VIH asintomáticos, previa autorización del médico tratante.

(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 fiebre tifoidea, esperar 3 semanas

Conducta a seguir:	Si la encuesta es negativa a todas las preguntas y en la anamnesis no se identifico antecedente o condicion de salud que genere alguna alerta: **VACUNAR** Si respondió positivamente a una o más preguntas, o se identificó antecedente, condición de salud o enfermedad que pueda generar riesgo: **NO VACUNAR** **OBSERVACIONES:** Paciente sin antecedentes de importancia por lo cual se Vacuna en Barrido.	**Nombre y firma del profesional de salud que realiza la anamnesis:** Anngie Liliana Garzon Sotelo

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Salud

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

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN EN BROTE DE FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 60 Y MÁS AÑOS

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla se realiza anamnesis (interrogatorio) al usuario para conocer sus antecedentes y estado actual de salud con base al siguiente cuestionario:

Fecha: 02/10/2025 **Entidad Territorial:** ESE HLSJD

Municipio: Pensilvania **Vereda:** La Costa **IPS vacunadora:** HLSJD **Vacunación Intra( ) Extramural(X)**

Dirección de la persona a quién se le realiza la anamnesis : Vereda La Costa **Teléfono de contacto** 3126046031

Nombres y Apellidos completos del encuestado	Fecha de nacimiento DD/MM/AA	Edad	Tipo de identificación	N° de Documento de identidad	EAPB	¿Tiene alguna enfermedad inmunosupresora? (1)		¿Utiliza algún medicamento inmunosupresor? (2)		Tiene problemas de coagulacion? (3)		Ha presentado enfermedad febril 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?		Firma del encuestado
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Jose Obaldo Quintero	13-06-1964	60	CC	15486638	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X		X	Jose Obaldo

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

(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes no controlada, SIDA, artritis reumatoidea, enfermedad del timo, (incluye timectomía), insuficiencia renal o crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Miastenia gravis, tumor del timo o extirpación. La vacuna se pudiera administrar a pacientes infectados por VIH asintomáticos, previa autorización del médico tratante.

(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 fiebre tifoidea, esperar 3 semanas

Conducta a seguir:	Si la encuesta es negativa a todas las preguntas y en la anamnesis no se identifico antecedente o condicion de salud que genere alguna alerta: **VACUNAR** Si respondió positivamente a una o más preguntas, o se identificó antecedente, condición de salud o enfermedad que pueda generar riesgo: **NO VACUNAR** **OBSERVACIONES:** Paciente sin antecedentes de importancia por la cual se vacuna en Barrido.	**Nombre y firma del profesional de salud que realiza la anamnesis:** Angie Liliana Gaviria

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Salud

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

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN EN BROTE DE FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 60 Y MÁS AÑOS

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla se realiza anamnesis (interrogatorio) al usuario para conocer sus antecedentes y estado actual de salud con base al siguiente cuestionario:

Fecha: 02/10/2025 **Entidad Territorial:** ESE HLSJD

Municipio: Pensilvania **Vereda:** La costa **IPS vacunadora:** HLSJD **Vacunación Intra( ) Extramural(X)**

Dirección de la persona a quién se le realiza la anamnesis : Vereda La Costa **Teléfono de contacto** 3164545547

Nombres y Apellidos completos del encuestado	Fecha de nacimiento DD/MM/AA	Edad	Tipo de identificación	N° de Documento de identidad	EAPB	¿Tiene alguna enfermedad Inmunosupresora? (1)		¿Utiliza algún medicamento inmunosupresor? (2)		Tiene problemas de coagulacion? (3)		Ha presentado enfermedad febril 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?		Firma del encuestado
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Maria Aceneth Pérez Lopez	12-09-1954	71	CC.	24875218	SURA		X		X		X		X		X		X		X	Maria Aceneth

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

(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes no controlada, SIDA, artritis reumatoidea, enfermedad del timo, (incluye timectomía), insuficiencia renal o crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Miastenia gravis, tumor del timo o extirpación. La vacuna se pudiera administrar a pacientes infectados por VIH asintomáticos, previa autorización del médico tratante.

(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 fiebre tifoidea, esperar 3 semanas

Conducta a seguir:

Si la encuesta es negativa a todas las preguntas y en la anamnesis no se identifico antecedente o condicion de salud que genere alguna alerta: **VACUNAR**
Si respondió positivamente a una o más preguntas, o se identificó antecedente, condición de salud o enfermedad que pueda generar riesgo: **NO VACUNAR**
OBSERVACIONES: Paciente Sian antecedentes de importancia por lo cual se VACUNA en bumdo

Nombre y firma del profesional de salud que realiza la anamnesis:

Anngie Liliana Garzón S.

Scanned with CamScanner

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Salud

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

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN EN BROTE DE FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 60 Y MÁS AÑOS

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla se realiza anamnesis (interrogatorio) al usuario para conocer sus antecedentes y estado actual de salud con base al siguiente cuestionario:

Fecha: 02/10/2025 **Entidad Territorial:** ESE HLSJD

Municipio: Pensilvania **Vereda:** La costa **IPS vacunadora:** HLSJD **Vacunación Intra( ) Extramural(X)**

Dirección de la persona a quién se le realiza la anamnesis : Vereda La costa **Teléfono de contacto** 312 808 2498

Nombres y Apellidos completos del encuestado	Fecha de nacimiento DD/MM/AA	Edad	Tipo de identificación	N° de Documento de identidad	EAPB	¿Tiene alguna enfermedad inmunosupresora? (1)		¿Utiliza algún medicamento inmunosupresor? (2)		Tiene problemas de coagulacion ? (3)		Ha presentado enfermedad febril 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?		Firma del encuestado
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Marco tulio Ramirez	19-04-1936	89	CC	4485693	S.total		X		X		X		X		X		X		X	Marco Ramirez

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

(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes no controlada, SIDA, artritis reumatoidea, enfermedad del timo, (incluye timectomía), insuficiencia renal o crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Miastenia gravis, tumor del timo o extirpación. La vacuna se pudiera administrar a pacientes infectados por VIH asintomáticos, previa autorización del médico tratante.

(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 fiebre tifoidea, esperar 3 semanas

Conducta a seguir:	Si la encuesta es negativa a todas las preguntas y en la anamnesis no se identifico antecedente o condicion de salud que genere alguna alerta: **VACUNAR** Si respondió positivamente a una o más preguntas, o se identificó antecedente, condición de salud o enfermedad que pueda generar riesgo: **NO VACUNAR** **OBSERVACIONES:** Paciente sin antecedentes Importantes por lo cual se Vacuna en Barrido	**Nombre y firma del profesional de salud que realiza la anamnesis:** Annaite liliana Garzón Sotelo

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Salud

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

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN EN BROTE DE FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 60 Y MÁS AÑOS

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla se realiza anamnesis (interrogatorio) al usuario para conocer sus antecedentes y estado actual de salud con base al siguiente cuestionario:

Fecha: 02-10-2025 **Entidad Territorial:** ESE HISJD.

Municipio: Pensilvania **Vereda:** La Costa **IPS vacunadora:** ESE HISJD. **Vacunación Intra( ) Extramural(X)**

Dirección de la persona a quién se le realiza la anamnesis : Vereda La Costa. **Teléfono de contacto** 3114245964

Nombres y Apellidos completos del encuestado	Fecha de nacimiento DD/MM/AA	Edad	Tipo de identificación	N° de Documento de identidad	EAPB	¿Tiene alguna enfermedad inmunosupresora? (1)		¿Utiliza algún medicamento inmunosupresor? (2)		Tiene problemas de coagulacion? (3)		Ha presentado enfermedad febril 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?		Firma del encuestado
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Alida Valencia Agame	06-09-1955	60	CC	24875457	Salud Total		X		X		X		X		X		X		X	APLICADO

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

(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes no controlada, SIDA, artritis reumatoidea, enfermedad del timo, (incluye timectomía), insuficiencia renal o crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Miastenia gravis, tumor del timo o extirpación. La vacuna se pudiera administrar a pacientes infectados por VIH asintomáticos, previa autorización del médico tratante.

(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 fiebre tifoidea, esperar 3 semanas

Conducta a seguir:

Si la encuesta es negativa a todas las preguntas y en la anamnesis no se identifico antecedente o condicion de salud que genere alguna alerta: **VACUNAR**
Si respondió positivamente a una o más preguntas, o se identificó antecedente, condición de salud o enfermedad que pueda generar riesgo: **NO VACUNAR**
OBSERVACIONES: Paciente sin antecedentes de importancia por lo cual se VACUNA.

Nombre y firma del profesional de salud que realiza la anamnesis:

Anngie Liliana Gaizon

Scanned with CamScanner

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Salud

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

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN EN BROTE DE FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 60 Y MÁS AÑOS

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla se realiza anamnesis (interrogatorio) al usuario para conocer sus antecedentes y estado actual de salud con base al siguiente cuestionario:

Fecha: 02/10/2025 **Entidad Territorial:** ESE HISJD

Municipio: Pensilvania **Vereda:** La Corta **IPS vacunadora:** HLSJD **Vacunación Intra( ) Extramural(X)**

Dirección de la persona a quién se le realiza la anamnesis : Vereda la Corta **Teléfono de contacto** No tiene

Nombres y Apellidos completos del encuestado	Fecha de nacimiento DD/MM/AA	Edad	Tipo de identificación	N° de Documento de identidad	EAPB	¿Tiene alguna enfermedad inmunosupresora? (1)		¿Utiliza algún medicamento inmunosupresor? (2)		Tiene problemas de coagulacion ? (3)		Ha presentado enfermedad febril 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?		Firma del encuestado
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Solangel Cortes	17/10/1943	82.	CC	24874955	Sanitas	X		X			X		X		X		X		X	

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

(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes no controlada, SIDA, artritis reumatoidea, enfermedad del timo, (incluye timectomía), insuficiencia renal o crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Miastenia gravis, tumor del timo o extirpación. La vacuna se pudiera administrar a pacientes infectados por VIH asintomáticos, previa autorización del médico tratante.

(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 fiebre tifoidea, esperar 3 semanas

Conducta a seguir:

Si la encuesta es negativa a todas las preguntas y en la anamnesis no se identifico antecedente o condicion de salud que genere alguna alerta: **VACUNAR**
Si respondió positivamente a una o más preguntas, o se identificó antecedente, condición de salud o enfermedad que pueda generar riesgo: **NO VACUNAR**
OBSERVACIONES: Paciente con artritis reumatoidea por lo cual no se vacuna

Nombre y firma del profesional de salud que realiza la anamnesis:

Angie Liliana Garzón Sabat

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Salud

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

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN EN BROTE DE FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 60 Y MÁS AÑOS

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla se realiza anamnesis (interrogatorio) al usuario para conocer sus antecedentes y estado actual de salud con base al siguiente cuestionario:

Fecha: 02-10-25 **Entidad Territorial:** ESE HLSJD - Pensilvania

Municipio: Pensilvania **Vereda:** La Costa **IPS vacunadora:** HLSJD **Vacunación** Intra( ) Extramural(X)

Dirección de la persona a quién se le realiza la anamnesis : Vereda La Costa **Teléfono de contacto** 3128084928

Nombres y Apellidos completos del encuestado	Fecha de nacimiento DD/MM/AA	Edad	Tipo de identificación	N° de Documento de identidad	EAPB	¿Tiene alguna enfermedad inmunosupresora? (1)		¿Utiliza algún medicamento inmunosupresor? (2)		Tiene problemas de coagulacion? (3)		Ha presentado enfermedad febril 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 dias? (4)		¿Ha recibido transfusion sanguinea(plasma), inmunoglobulinas o transplante de organes en los últimos 3 meses?		Firma del encuestado
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Manuel José Ramirez.	06-04-1947	79	CC	4485628	S.Total		X		X		X		X		X		X		X	Manuel José Ramirez

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

(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes no controlada, SIDA, artritis reumatoidea, enfermedad del timo, (incluye timectomía), insuficiencia renal o crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Miastenia gravis, tumor del timo o extirpación. La vacuna se pudiera administrar a pacientes infectados por VIH asintomáticos, previa autorización del médico tratante.

(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 fiebre tifoidea, esperar 3 semanas

Conducta a seguir:

Si la encuesta es negativa a todas las preguntas y en la anamnesis no se identifico antecedente o condicion de salud que genere alguna alerta: **VACUNAR**
Si respondió positivamente a una o más preguntas, o se identificó antecedente, condición de salud o enfermedad que pueda generar riesgo: **NO VACUNAR**
OBSERVACIONES: Paciente que manifiesta que NO le gustan las vacunas, por lo cual NO se vacuna y firma disentimiento.

Nombre y firma del profesional de salud que realiza la anamnesis:

Annyie Garzón

Scanned with CamScanner