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: 17-10-2025 **Entidad Territorial:** ESE HLSJD

Municipio: Pensilvania **Vereda:** Pato Bonito **IPS vacunadora:** ESE HLSJD **Vacunación Intra( ) Extramural(X)**

Dirección de la persona a quién se le realiza la anamnesis : vereda Pato Bonito. **Teléfono de contacto** 3128969450

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 organos en los últimos 3 meses?		Firma del encuestado
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Flor Maria Alzate	18-02-1945.	81	CC	24874977.	Sitatal		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 sin antecedentes relevantes por lo cual se vacuna	**Nombre y firma del profesional de salud que realiza la anamnesis:** Anngie liliana Garzón Salazar

Scanned with CamScanner

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION 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: 4-10-2025 **Entidad Territorial:** ESE HLSJD

Municipio: Pensilvania **Vereda:** Pato Bonito **IPS vacunadora:** ESE HLSJD. **Vacunación** Intra( ) Extramural(X)

Dirección de la persona a quién se le realiza la anamnesis : vereda Pato Bonito. **Teléfono de contacto** 312 2255919

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	
Rubiela Quiceno	12/01/1946	79.	CC	33745107	NEPS		X		X		X		X		X		X		X	Rubiela Qu

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 Vacunada en el Barrido.	**Nombre y firma del profesional de salud que realiza la anamnesis:** Anngie Liliana Garzón Salazar

Scanned with CamScanner

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: 17-10-2025 **Entidad Territorial:** ESE HLSJD

Municipio: Pensilvania **Vereda:** Palo Bonito **IPS vacunadora:** ESE HLSJD **Vacunación** Intra( ) Extramural(X)

Dirección de la persona a quién se le realiza la anamnesis : Palo Bonito. **Teléfono de contacto** 3236465484

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	
Gerardo Galvis	17/10 1939	85	CC.	1333369	Suro		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:** Firma disentimiento por que nunca se ha hecho vacunar ni desea hacerlo.	**Nombre y firma del profesional de salud que realiza la anamnesis:** Angie Liliana Garzón Salazar

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: 17-10-2025 **Entidad Territorial:** ESE HCSJD

Municipio: Pensilvania **Vereda:** Pato Bonito **IPS vacunadora:** ESE HCSJD. **Vacunación** Intra( ) Extramural(X)

Dirección de la persona a quién se le realiza la anamnesis : veredo Pato Bonito. **Teléfono de contacto** 3236465584

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	
Gilma Ospino	05/09/1942	83	CC	24875313	SURA		X		X		X		X		X		X		+	Gilma Ospina

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 no desea vacunarse, por lo tanto firma disentimiento.	**Nombre y firma del profesional de salud que realiza la anamnesis:** Anngie Liliana Garzón Salazar

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: 17-10-2095 **Entidad Territorial:** ESE HCSJD

Municipio: Pensilvania **Vereda:** Patio Bonito **IPS vacunadora:** ESE HCSJD **Vacunación Intra( ) Extramural(X)**

Dirección de la persona a quién se le realiza la anamnesis : Vereda Patio Bonito **Teléfono de contacto** 3146733793.

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 organos en los últimos 3 meses?		Firma del encuestado
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Manol Rosario Anstizabal.	23-03 1950	75	CC	24875126	Sura		X		X		X		X		X		X		V	Maria Rosario Ch

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 timectomia), 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 no desea vacunarse, Firmo diligenciado.	**Nombre y firma del profesional de salud que realiza la anamnesis:** Anngie Liliana Garzón Salazar

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: 17-10-2025 **Entidad Territorial:** HCSD

Municipio: Pensilvania **Vereda:** Pato Bonito **IPS vacunadora:** ESE HLSD **Vacunación** Intra( ) Extramural(X)

Dirección de la persona a quién se le realiza la anamnesis : Vereda Pato Bonito **Teléfono de contacto** 3146733793.

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 organos en los últimos 3 meses?		Firma del encuestado
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Jose Jaime Lopez	05-12-1961	62	CC	4486225	Sura		X		X		X		X		X		X		X	JOSE Jaime LOPEZ

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 no estar de acuerdo con las vacunas Firma asentimiento.	**Nombre y firma del profesional de salud que realiza la anamnesis:** Angie Liliana Gorzón Salazar

Scanned with CamScanner