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: 24-09-25 **Entidad Territorial:** ESE HLSJD

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

Dirección de la persona a quién se le realiza la anamnesis : Vereda La Soledad **Teléfono de contacto** 3113889167.

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 Martha Cifuentes	05-04-55	70	CC	24725700	S.Total		X		X		X		X		X		X		X	. Martha Cifuentes

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 se vacuna durante el barrido	**Nombre y firma del profesional de salud que realiza la anamnesis:** Anngie Garzon

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: 24-09-25 **Entidad Territorial:** ESE HLSJD.

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

Dirección de la persona a quién se le realiza la anamnesis : Vereda La Soledad **Teléfono de contacto** 3104700199

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 de los Angeles Arteaga	26-01-1943	82	CC	24875343	Sura	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 diabetes NO controlada por lo tanto NO se vacuna	**Nombre y firma del profesional de salud que realiza la anamnesis:** Anngie Garzón

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: 24-09-25 **Entidad Territorial:** ESE HISJD

Municipio: Pensilvania **Vereda:** la Soledad **IPS vacunadora:** ESE HISJD **Vacunación Intra( ) Extramural(X)**

Dirección de la persona a quién se le realiza la anamnesis : Vereda la Soledad **Teléfono de contacto** 3122055690

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	
María Lucelly Montoya	22-09-1961	64	CC	33745190	Sura	X		X			X		X		X		X		X	lucelimontoya

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:** No se vacuna dado que la paciente manifiesta tener cáncer de mama y tomar medicamentos.	**Nombre y firma del profesional de salud que realiza la anamnesis:** Angie Garzón

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: 01-16-25 **Entidad Territorial:** ESE HISJD.

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

Dirección de la persona a quién se le realiza la anamnesis : Vereda la Soledad **Teléfono de contacto** 3127356542

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 Rubilia Quintero	09-02-1963	62	CC	33745213	S.Tdd	X			X		X		X		X		X		X	M. Rubilia Q.

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 Sindrome de Cushing Por ahora NO se vacuna	**Nombre y firma del profesional de salud que realiza la anamnesis:** Anngie Garzón

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: 01-10-25 **Entidad Territorial:** ESE HISJD

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

Dirección de la persona a quién se le realiza la anamnesis : Vereda La Soledad **Teléfono de contacto** 3218406484

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	
Dano Lopez Cortes	18-01-1943	84	CC	4.485.684	Salud Total		X		X		X		X		X		X		X	Dano López.

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 ac de importancia Por lo cual SE VACUNA en Barrido	**Nombre y firma del profesional de salud que realiza la anamnesis:** Angie Garzon

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: 01-10-25 **Entidad Territorial:** ESE HLSJD

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

Dirección de la persona a quién se le realiza la anamnesis : Vereda La soledad **Teléfono de contacto** 3122661272

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	
José Fabio Solarzar	17-09-1964	61	CC	4486168	N.EPS		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 médicos de importancia Por lo cual se vacuna en tiempo

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

Angie Garzon

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: 01-10-25 **Entidad Territorial:** ESE HLSJD.

Municipio: Pensilvania **Vereda:** la Soledad **IPS vacunadora:** ESE HLSJD **Vacunación** Intra( ) Extramural(X)

Dirección de la persona a quién se le realiza la anamnesis : Vereda la Soledad **Teléfono de contacto** 3102684763

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	
Melva Noreño.	01/09/1946	74	CC	24865685	S.TdH		X		X		X	X			Y		X		Y	

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:** la pte refiere q tiene gripa y ha tenido fiebre, la operaron hace un mes de una hernia por lo cual no se vauna.	**Nombre y firma del profesional de salud que realiza la anamnesis:** Anngie Garzón

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: 01-10-25 **Entidad Territorial:** ESE HLSJD

Municipio: Pensilvania **Vereda:** la Soledad **IPS vacunadora:** HLSJD **Vacunación** Intra( ) Extramural(X)

Dirección de la persona a quién se le realiza la anamnesis : Vereda la Soledad **Teléfono de contacto** 3219584538

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	
Juan de Jesús Zuluaga	22-08-1958	67	CC	15485188	Sura		X		X	X			X		X		X		X	Juan de Jesus Z

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 refiere tomar rivaroxaban por lo cual NO se Vacuna	**Nombre y firma del profesional de salud que realiza la anamnesis:** Anngie Gaitán

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: 01-10-2025 **Entidad Territorial:** ESE HLSJD

Municipio: Pensilvania **Vereda:** la Soledad **IPS vacunadora:** ESE HLSJD **Vacunación** Intra( ) Extramural(X)

Dirección de la persona a quién se le realiza la anamnesis : Vereda la Soledad **Teléfono de contacto** 3202784581

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	
Jesus Maria Salazar Rincon	24-06-1944	81	CC	2613046	Sura	X			X		X		X		X		X		X	Jesus M. Salazar

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 Insuficiencia Renal Crónica por lo cual NO se vacuna.	**Nombre y firma del profesional de salud que realiza la anamnesis:** Angie Gaizón

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: 24/09/2025 **Entidad Territorial:** ESE Hospital local Sanjuan de Dios

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

Dirección de la persona a quién se le realiza la anamnesis : Vereda la soledad **Teléfono de contacto** _____

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	
Maria Edith Salazar	14/03/50	75	CC	38282189	Sura		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 refiere miedo al malestar y no quiere vacunarse y por lo tanto no se vacuna.	**Nombre y firma del profesional de salud que realiza la anamnesis:** Anngie Liliana Garzon Salazar

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: 24/09/2025 **Entidad Territorial:** Ese Hospital Local Sanjuan de Dios

Municipio: Pensilvania **Vereda:** La Soledad **IPS vacunadora:** Ese H/SJD **Vacunación Intra( ) Extramural(X)**

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

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	
Maria Solanne García	26/08/55	70	CC.	24725589	Sura		X		X		X		X		X		X		X	Solanne García

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 no desea Vacunarse por lo tanto no se vacuna.	**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: 24/09/2025 **Entidad Territorial:** Ese Hospital local San Juan de Dios

Municipio: Pensilvania **Vereda:** la soledad **IPS vacunadora:** ESE HSJD **Vacunación Intra( ) Extramural(X)**

Dirección de la persona a quién se le realiza la anamnesis : Vereda la soledad **Teléfono de contacto** _____

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	
Antonio José Zuluaga	07/09/56	69	CC.	9850168	Sura		X		X		X		X		X		X		X	Antonio Z

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 no desea Vacunarse por lo tanto no se Vacuna	**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 sigüiente cuestionario:

Fecha: 24/09/2025 **Entidad Territorial:** ESE Hospital Local San Juan De Dios

Municipio: Pensilvania **Vereda:** La Soledad **IPS vacunadora:** Esal SSD **Vacunación Intra( ) Extramural(X)**

Dirección de la persona a quién se le realiza la anamnesis : Vereda la Soledad **Teléfono de contacto** _____

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 Carlina García	22/09/1947	78	CC.	33745142	Sisbenl		X		X		X		X		X		X		X	Carlina García

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:		Nombre y firma del profesional de salud que realiza la anamnesis:
	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 no desea vacunarse por lo tanto no se vacuna	Angie Liliana Garzon 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: 29/09/2025 **Entidad Territorial:** Ese Hospital Local San Juan de Dios

Municipio: Pensilvania **Vereda:** La soledad **IPS vacunadora:** Ese H2 SSD **Vacunación Intra( ) Extramural(X)**

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

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	
Maria del Socorro Quintero	31/05/1950	75	CC	1058842925	S. Total		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 que no desea Vacunarse por lo cual no se Vacuna.	**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: 01/10/2025 **Entidad Territorial:** Ese Hospital Local San Juan de Dios

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

Dirección de la persona a quién se le realiza la anamnesis : Vereda La Soledad **Teléfono de contacto** 3117451584

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	
Cleotilde Arias.	07/06 1962	63	Cc	24875370	NEPS		X		X		X		X		X		X		X	Cleotilde Arias

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 refiere haberse vacunado se revisa PAIWEB y no aparece y la Paciente manifiesta que no se va a volver a vacunar.

Nombre y firma del profesional de salud que realiza la anamnesis:
Anngie Liliana Garzón J.

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: 01/10/2025 **Entidad Territorial:** Ese Hospital local San Juan de Dios

Municipio: Pasilvania **Vereda:** La Soledad **IPS vacunadora:** Ese HLSJD **Vacunación Intra( ) Extramural(X)**

Dirección de la persona a quién se le realiza la anamnesis : Vereda La soledad **Teléfono de contacto** 3113424411

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	
Eutimio García Salazar.	25/01 1951	74	CC.	4485797	EMSANAR		X		X		X		V		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 se niega a la vacuna - "No me voy a vacunar"	**Nombre y firma del profesional de salud que realiza la anamnesis:** Anngie Liliana Garzón S.

Scanned with CamScanner

MINISTERIO DE [illegible]

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: 01/10/2025 **Entidad Territorial:** Ese Hospital local San Juan de Dios

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

Dirección de la persona a quién se le realiza la anamnesis : Vereda La soledad **Teléfono de contacto** 3205168739

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 aseneth. Herrera	24/05 1952	75	CC	24875082	Sura		X		X		X		X		X		X		X	Maria Aseneth

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 refiere no desear aplicarse la Vacuna.	**Nombre y firma del profesional de salud que realiza la anamnesis:** Anngie Liliana Garzon S.

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: 01/10/2025 **Entidad Territorial:** Ese Hospital Local San Juan de Dios

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

Dirección de la persona a quién se le realiza la anamnesis : Vereda la soledad **Teléfono de contacto** 3202784581

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	
María Amparo. Quintero	10/08 1951	74	CC.	24875125	SURA		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 no desea vacunarse por lo tanto no se vacuna	**Nombre y firma del profesional de salud que realiza la anamnesis:** Anngie Liliana Garzón Salazar

Salud

Dirección de Promoción y ...

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: 01-10/2025 **Entidad Territorial:** ESE Hospital local San Juan de Dios

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

Dirección de la persona a quién se le realiza la anamnesis : Vereda la Soledad **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	
Blanca Olivia Quiceno	08/10/1939	85	CC	33745166	Total		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 refiere que las Vacunas la enferman por lo tanto no se vacuna	**Nombre y firma del profesional de salud que realiza la anamnesis:** Anngie liliana Garzon Salazar

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: 01/10/2025 **Entidad Territorial:** Ese Hospital Local San Juan de Dios

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

Dirección de la persona a quién se le realiza la anamnesis : Vereda la soledad **Teléfono de contacto** 3215831405

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	
Diana Amparo Cardona	29/06 1961	64	CC	24726317	NEPS		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 refiere no le gustan las Vacunas Por lo tanto no se Vacuna	**Nombre y firma del profesional de salud que realiza la anamnesis:** Anngie Liliana Garzón Sabo