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: 16-10-25 **Entidad Territorial:** ESE HLSJD

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

Dirección de la persona a quién se le realiza la anamnesis : Vereda Barreto **Teléfono de contacto** 3126889372

	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	
11	Pedro Nel Herrera	14-12-1952	72	CC	9850114	NUEVA EPS		X		X		X		X		X		X		X	Pedro Nel

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 no se vacuna.	**Nombre y firma del profesional de salud que realiza la anamnesis:** Anngie Gozón

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: 16-10-2025 **Entidad Territorial:** ESE HCSJD

Municipio: Pensilvania - **Vereda:** Barreto **IPS vacunadora:** ESE HCSJD **Vacunación** Intra( ) Extramural(X)

Dirección de la persona a quién se le realiza la anamnesis : Vereda Barreto **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	
3	Héctor de Jesus Lopez Cárdenas.	16-02-1950	75	CC	4485881	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 sin antecedentes de importancia por lo cual se vacuna

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

Anngie Liliana Goizon

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 50 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: 16-10-2025 **Entidad Territorial:** ESE HLSJD.

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

Dirección de la persona a quién se le realiza la anamnesis : Vereda Barreto. **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(de sangre), inmunoglobulinas o transplante de organos en los ultimos 3 meses?		Firma del encuestado
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Maria Lucinda Amezquita	18-11-1954	70	CC	24875213	Famag	X		X			X		X		X		X		X	Lucinda

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 excepción 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 pa lo cual NO se vacuna

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

Angye Liliana Gaitan.

Scanned with CamScanner