DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD DISTRITAL
SANTA MARTA

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE VACUNACIÓN

NOMBRE DEL VACUNADO Milagros Rivera Martinez

INSTITUCION P.S Manzanares

FECHA NACIMIENTO día _____ mes _____ año _____

REGIMEN Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Vinculado ☐

ENTIDAD _____

BIOLOGICO		VACUNA			CITA			NOMBRE VACUNADOR
		día	mes	año	día	mes	año	
BCG								
ANTIPOLIO	1							
	2							
	3							
	R1							
	R2							
DPT	1							
	2							
	3							
	R1							
	R2							
HEPATITIS	1	9	07	99	9	08	99	
	2	04	01	00				
	3	10	02	00				
T.D.	1							
	2							
	R1							
	R2							
	R3							
INFLUENZA	1							
	2							
	3							
TRIPLE VIRAL								
F. AMARILLA								
MENINGITIS								

CONSERVA ESTE CERTIFICADO. REPRESENTA SALUD PARA TU HIJO

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tamización en adultos para hepatitis C en hospitales de Colombia y vinculación al tratamiento

Patrocinador	Asociación Colombiana de Hepatología (ACH)
Nombre del investigador	Doctor Javier Enrique Hernández Blanco
Nombre de la institución	E.S. E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche
Dirección de la institución	Carrera 14 #23-42 Los Alcázares, Santa Marta, Magdalena

Identificación del participante

Presentación

Proyecto de investigación sometido al Comité de Investigaciones y Ética en Investigaciones, E.S. E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche.

Usted decide si quiere formar parte de este estudio.

Si acepta participar puede abandonar el estudio en cualquier momento.

Si no acepta participar, o si abandona el estudio, no se le sancionará ni su atención médica cambiará.

Tómese el tiempo necesario para decidir y preguntar a la auxiliar cualquier duda.

Si acepta participar, firme este formato después de que haya entendido toda la información.

FIRMA

He leído este formato de consentimiento o me lo han leído. Entiendo la información presentada y he recibido respuestas a mis preguntas. Entiendo que me darán una copia de este formato de consentimiento una vez que se haya firmado y fechado. Estoy de acuerdo en participar en este estudio observacional como se describió anteriormente y autorizo al Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a utilizar y compartir a la Asociación Colombiana de Hepatología como se describe en el formato electrónico adjunto.

Paciente (El paciente debe firmar, fechar y escribir su nombre de puño y letra).

Nombre completo

Firma

39042344 Stamta

Número de cédula y lugar de expedición

13-01-2026.

Fecha de la firma

