MINSALUD TODOS POR UN NUEVO PAÍS

Direccion Promocion y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo enfermedades inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACION CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 ANOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: Bogota IPS vacunadora: Subred Su. Extramural: Ciudad Bolivar
Barrio, vereda, comunidad ...otro... especificar

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y Apellidos completos	Tipo de Identificación	Número Documento de identidad Nº	EAPB	¿Tiene alguna enfermedad inmunosupresora? (1)		¿Utiliza algún medicamento inmunosupresor? (2)		Tiene problemas de coagulacion ? (3)		Ha presentado enfermedad febril aguda 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?		Embarazada	Lactancia materna	Firma de los encuestados
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Condición para precaución especial (5)		
1	12/05/26	Sandra Milena Buitrago Diaz	CE	1010011688	Sanitas		X		X		X		X		X		X		X	NO	NO	
2	12/05/26	Johanna Alexandra Martinez	CC	1030537656	Famisanar		X		X		X		X		X		X		X	NO	NO	
3	12/05/26	Jolieth Katherine Amaya	CC	1033762684	Salud Total		X		X		X		X		X		X		X	NO	NO	
4	12/05/26	Hanjuy Garcon	CC	1033200179	Compensar		X		X		X		X		X		X		X	NO	NO	
5	12/05/26	Jana Narvaez	C.C	1068682822	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X		X	NO	NO	
6	12/05/26	Geraldine Perez	CC	1049538082	Salud Total		X		X		X		X		X		X		X	NO	NO	
7	12/05/26	Angelica Martinez	CC	1.106314926	Salud Total		X		X		X		X		X		X		X	NO	NO	
8	12/05/26	Leyner maldonado	CC	1000869749	Sura		X		X		X		X		X		X		X	NO	NO	
9	12/05/26	Andrea Rodriguez	CC	52742164	Sanitas		X		X		X		X		X		X		X	NO	NO	
10	12/05/26	Paola Avila	CC	1013659320	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X		X	NO	NO	
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						

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

(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes,VIH positivo, artritis reumatoidea,enfermedad del timo, (incluye timectomía), insuficiencia renal o crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Miastemis 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 dias), 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 fiere tifoidea, esperar 3 semanas

(5) Condición para precaución especial, solo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización médica y lineamiento nacional. En caso de que la madre esta dando lactancia materna, solo se puede vacunar a partir de los 12 meses de edad del bebé.

Conducta a seguir:	Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR	Nombre del encuestador o vacunador: Angela Castro

Versión: 04-08-2016

Powered by CamScanner

GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN ADULTOS MODALIDAD EXTRAMURAL

1. DÍA: 12 MES: 5 AÑO: 2026

2. NOMBRE COMPLETO VACUNADOR: Angela Castro Lancheros

3. NOMBRE COMPLETO REGISTRADOR: Jennifer Sua Quinte

4. TÁCTICA: CASA - CASA / CONCENTRACIÓN / SEGUIMIENTO / BLOQUEO / EQUIPOS MÁS BIENESTAR HOGAR / JARDINES [X] / ENTORNO EDUCATIVO

5. LOCALIDAD: Ciudad Bolivar

6. NOMBRE DEL BARRIO: San Francisco

7. NOMBRE DE CONCENTRACIÓN y/o JARDÍN: J I Confinanciado la casita de San Francisco

IDENTIFICACIÓN DEL VACUNADO

8. CONSECUTIVO	TIPO IDENTIFICACIÓN (9)	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (10)	LUGAR DE NACIMIENTO (11)	RÉGIMEN (12)	ASEGURADORA (13)	PRIMER APELLIDO (14)	SEGUNDO APELLIDO (15)	PRIMER NOMBRE (16)	SEGUNDO NOMBRE (17)	GÉNERO (18)	SEXO (19)	ORIENTACIÓN SEXUAL (20)	FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AAAA (21)	EDAD (22)	ETNIA (23)	GRUPO POBLACIONAL (24)	RH Y GRUPO SANGUÍNEO (25)	CONDICIÓN USUARIA (26)	EDAD GESTACIONAL (27)
1	1	52748197	Mesitas	1	Sanitas	Rodriguez	Parra	Andrea	Yoana	F	2	2	19 / 94	42	6	20	O +	2	
2	1	1013659342	Bogotá	1	Nueva EPS	Ayala	Moreno	Yenifer	Paola	F	2	2	16 4 95	31	6	20	O +	2	
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			

8. CONSECUTIVO	28. TEL Y/O CEL	29. DIRECCIÓN	30. BARRIO	31. LOCALIDAD	32. E-MAIL
1	3118051799 (Cundinamarca)	TV 12 Bis A 46 20 Sur	Marco Fidel S	19	SD
2	3007132601 (Cundinamarca)	KR 45 72 22 Sur	El Tanque	19	SD
3					
4					
5					
6					
7					
8					

ESQUEMA DE VACUNACIÓN ADULTO

8. CONSECUTIVO	FIEBRE AMARILLA (33)	TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO (Td) ADULTOS (34)	NEUMO 23 POLISACÁRIDO (35)	Tdap ACELULAR (36)	INFLUENZA: DE 60 Y MÁS (37)	INFLUENZA: GESTANTES (38)	INFLUENZA: TH EN SALUD (39)	INFLUENZA: CONVIVIENTES (40)	INFLUENZA: PATOLOGÍAS DE RIESGO (41)	HEPATITIS B (42)	SARAMPIÓN - RUBÉOLA (43)	(44)	COVID-19 (45)	(46)	OTRO (47)	OTRO (48)	REGISTRO DIGITADO (49)	AUTORIZA (50)
1	U								U									SI
2	U	S							U									SI
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		

54. Vo Bo NOMBRE COMPLETO JEFE EXTRAMURAL: ____________

55. NOMBRE COMPLETO DEL DIGITADOR: ____________

56. NOMBRES PERSONAL DE APOYO ____________

57. OBSERVACIONES:

		Fiebre amarilla (33)	Td (34)	Patologías de riesgo (41)
Aquí debe registrar el lote y la fecha de vencimiento del biológico aplicado al usuario	51. PRODUCTOS BIOLÓGICOS	325 31 7 27	23340108 31 1 27	2600762 31 1 27
Aquí debe registrar el lote y fecha de vencimiento del diluyente usado en la aplicación del biológico, cuando aplique.	52. DILUYENTES	136 31 12 27		
Aquí debe registrar el lote y fecha de vencimiento del dispositivo usado en la aplicación del biológico	53. DISPOSITIVOS MÉDICOS	2250406 5 9 30	252215 31 8 27	2407224 26 7 27

Powered by CamScanner

GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN ADULTOS MODALIDAD EXTRAMURAL

1. DÍA: 12 MES: 5 AÑO: 2026

2. NOMBRE COMPLETO VACUNADOR: Angela Castro Jaucheros

3. NOMBRE COMPLETO REGISTRADOR: Jennifer Saldarriaga

4. TÁCTICA: CASA - CASA [ ] CONCENTRACIÓN [ ] SEGUIMIENTO [ ] BLOQUEO [ ] EQUIPOS MÁS BIENESTAR HOGAR [ ] JARDINES [X] ENTORNO EDUCATIVO [ ]

5. LOCALIDAD: Ciudad Bolívar

6. NOMBRE DEL BARRIO: San Francisco

7. NOMBRE DE CONCENTRACIÓN y/o JARDÍN: J.I Cofinanciado La Casita de San Francisco

IDENTIFICACIÓN DEL VACUNADO

8. CONSECUTIVO	9. TIPO IDENTIFICACIÓN	10. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	11. LUGAR DE NACIMIENTO	12. RÉGIMEN	13. ASEGURADORA	14. PRIMER APELLIDO	15. SEGUNDO APELLIDO	16. PRIMER NOMBRE	17. SEGUNDO NOMBRE	18. GÉNERO	19. SEXO	20. ORIENTACIÓN SEXUAL	21. FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AAAA	22. EDAD	23. ETNIA	24. GRUPO POBLACIONAL	25. RH Y GRUPO SANGUÍNEO	26. CONDICIÓN USUARIA	27. EDAD GESTACIONAL
1	1	1033700779	Bogotá Cundinamarca	1	Compensar	Garzón	Gómez	Maryury	Paulina	F	2	2	5 9 88	37	6	20	O +	2	
2	1	1013682822	Samaná Caldas	1	Nueva EPS	Narváez	Tabera	Diana	Patricia	F	2	2	13 7 99	27	6	20	A +	2	
3	1	101001618	Bogotá Cundinamarca	1	Sanitas	Buitrago	Díaz	Sara	María	F	2	2	29 9 2000	25	6	20	A +	2	
4	1	1030537636	Bogotá Cundinamarca	1	Famisanar	Puentes	Quintero	Johanna	Alexandra	F	2	2	27 5 87	38	6	20	B +	2	
5	1	1033762694	Bogotá Cundinamarca	1	Salud Total	Rincón	Galindo	Julieth	Katherine	F	2	2	3 3 94	32	6	20	O +	2	
6	1	1004753692	Pereira Risaralda	1	Salud Total	Pérez	Zanabria	Geraldine		F	2	2	27 1 2002	24	6	20	O +	2	
7	1	1106394219	Purificación Tolima	1	Salud Total	Montiel	Gutiérrez	María	Angélica	F	2	2	3 4 88	38	6	20	O +	2	
8	1	1000801992	Bogotá Cundinamarca	1	Sura	Maldonado	Vargas	Lina		F	2	2	25 5 2000	25	6	20	O +	2	

8. CONSECUTIVO	28. TEL Y/O CEL	29. DIRECCIÓN	30. BARRIO	31. LOCALIDAD	32. E-MAIL
1	3125500067	DG 64 SUR 19 A 53	San Francisco	19	SD
2	3108820275	CL 74 SUR 18 A 53	El Tesoro	19	SD
3	3023430096	TV 79 D 72 C 32 SUR	Bosa	7	SD
4	3144912625	CL 11 SUR 8 20	Calvo Sur	4	SD
5	3012142410	KR 18L 62 51 SUR	Lucero Bajo	19	SD
6	3223430033	TV 44 77 14 SUR	Potosí	19	SD
7	3188315529	CL 59C SUR 97K64	Bosa	7	SD
8	3106794621	CL 43 A SUR 72G 62	La Chucua	8	SD

ESQUEMA DE VACUNACIÓN ADULTO

8. CONSECUTIVO	33. FIEBRE AMARILLA	34. TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO (Td) ADULTOS	35. NEUMO 23 POLISACÁRIDO	36. Tdap ACELULAR	37. INFLUENZA: DE 60 Y MÁS	38. INFLUENZA: GESTANTES	39. INFLUENZA: TH EN SALUD SERVICIOS PRIORIZADOS	40. INFLUENZA: FAMILIAS Y CONVIVIENTES DE MENORES DE 18 AÑOS CON CÁNCER	41. INFLUENZA: PATOLOGÍAS DE RIESGO	42. HEPATITIS B: NT	HEPATITIS B: TS	HEPATITIS B: PID	HEPATITIS B: HC	HEPATITIS B: HSH	HEPATITIS B: PI	HEPATITIS B: VIH_PM	43. SARAMPIÓN - RUBEOLA	44. MENINGOCOCO	45. COVID-19	46. VSR	47. OTRO	48. OTRO	49. REGISTRO DIGITADO (SI - NO)	50. AUTORIZA EL USO Y TRATAMIENTO DE DATOS (SI - NO)
1	U								U															SI
2	U								U															SI
3	U	4							U															SI
4	U	5							U															SI
5	U								U															SI
6	U	1							U															SI
7	U	3							U															SI
8	U	2							U															SI

54. Vo Bo NOMBRE COMPLETO JEFE EXTRAMURAL: ____________________

55. NOMBRE COMPLETO DEL DIGITADOR: ____________________

56. NOMBRES PERSONAL DE APOYO: ____________________

57. OBSERVACIONES:

		33	34	41
Aquí debe registrar el lote y la fecha de vencimiento del biológico aplicado al usuario	51. PRODUCTOS BIOLÓGICOS	393 31 7 27	2334L0108 31 1 27	2600362 31 1 27
Aquí debe registrar el lote y fecha de vencimiento del diluyente usado en la aplicación del biológico, cuando aplique.	52. DILUYENTES	136 31 12 27		
Aquí debe registrar el lote y fecha de vencimiento del dispositivo usado en la aplicación del biológico	53. DISPOSITIVOS MÉDICOS	2025040G 5 9 30	252215 31 8 27	2407224 26 7 29

Powered by CamScanner

1. DIA: 12 MES: 5 AÑO: 2026

2. NOMBRE COMPLETO VACUNADOR: ANGELA CASTRO LAUCHEROS

3. NOMBRE COMPLETO REGISTRADOR: JONATHAN SUA DUANTE

GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ESQUEMAS A LA POBLACIÓN INFANTIL

4. TÁCTICA: CASA CASA [ ] CONCENTRACIÓN [ ] RECORRIDO [ ] ANTENA [X] BARRIDO [ ] EQUIPOS MÁS MOVILIDAD HOGAR [ ] ESTRATEGIA ESCOLAR [ ]

5. LOCALIDAD: CIUDAD BOLIVAR

6. UNIDAD MÓVIL: SAN FRANCISCO

7. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA: J.I CONFINADOS

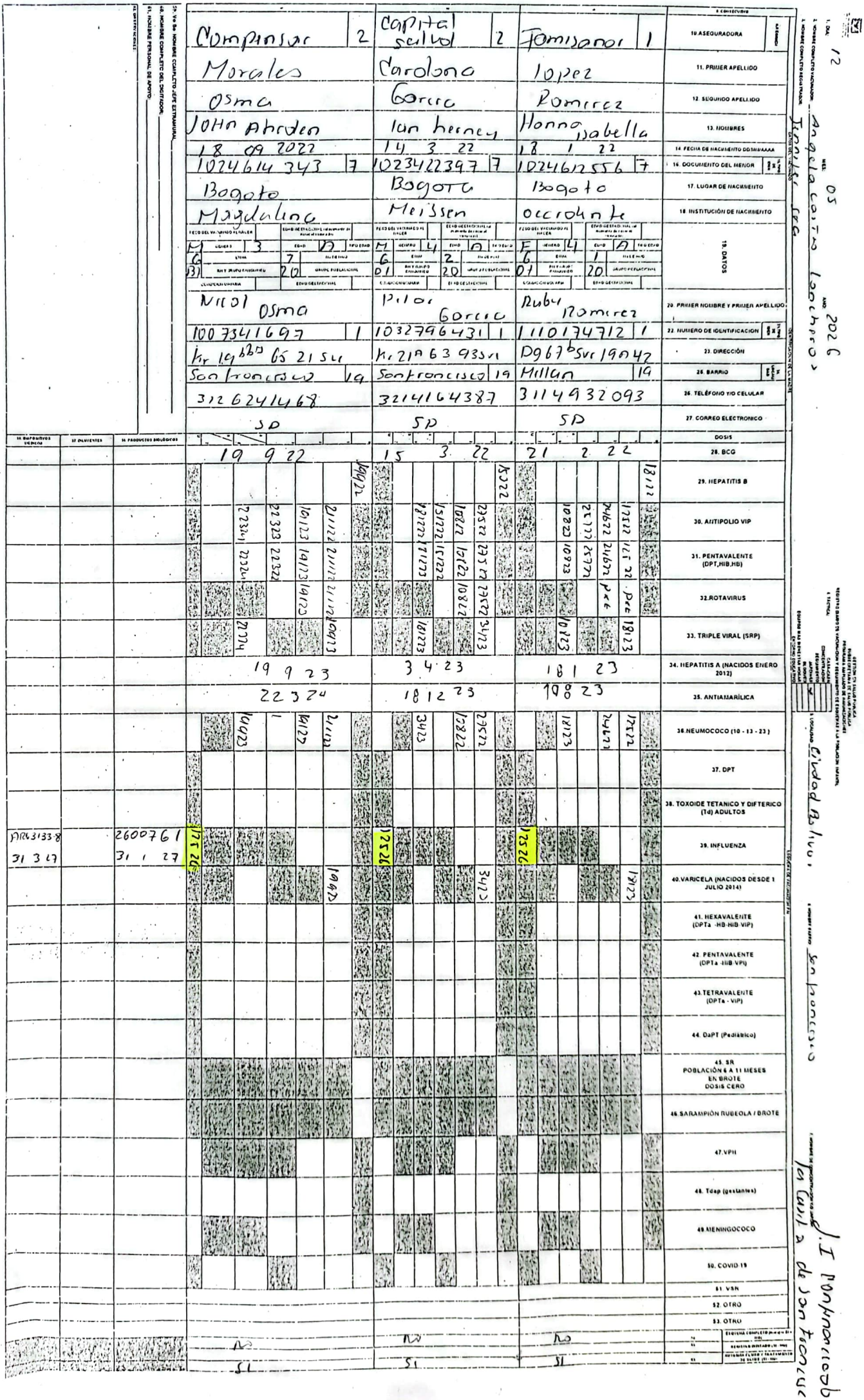
8. SEDE: LA CASITA DE SAN FRANCISCO

9. ITEM	10. ASEGURADORA	11. PRIMER APELLIDO	12. SEGUNDO APELLIDO	13. NOMBRES	14. FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AAAA	15. DOCUMENTO DEL NIÑO/A	16. DOCUMENTO DEL PADRE	17. LUGAR DE NACIMIENTO	18. INSTITUCIÓN DE NACIMIENTO	19. DATOS	20. PRIMER NOMBRE Y PRIMER APELLIDO	21. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	22. DIRECCIÓN	23. BARRIO	24. TELÉFONO FIJO CELULAR	25. CORREO ELECTRÓNICO	DOSIS	26. BCG	27. HEPATITIS B	28. ANTIPOLIO VIP	29. PENTAVALENTE (DPT,HIB,HB)	30. ROTAVIRUS	31. TRIPLE VIRAL (SRP)	32. HEPATITIS A (NACIDOS ENERO 2012)	33. ANTIAMARILICA	34. NEUMOCOCO (10 - 13 - 23)	35. DPT	36. TOXOIDE TETANICO Y DIFTERICO (Td) ADULTOS	37. INFLUENZA	38. VARICELA (NACIDOS DESDE 1 JULIO 2014)	39. HEXAVALENTE (DPTa -HB-HiB-VIP)	40. PENTAVALENTE (DPTa -HiB-VIP)	41. TETRAVALENTE (DPTa - VIP)	42. DPT (Pediatrico)	43. SR POBLACIÓN DE 11 MESES EN BROTE (DOSIS CERO)	44. BARRERA RUBEOLA / BROTE	45. VPH	46. Tdap (gestantes)	47. NEUMOCOCO	48. COVID 19	49. VAA	50. OTRO	51. OTRO	52. OBSERVACIONES DE LA MADRE	53. OBSERVACIONES DEL VACUNADOR
1	CAPITAL SALUD	2	MORENO	FLOREZ	EMMY SOFIA	11 9 22	1245080077	7	BOGOTA	11 MESES			FRANCIS FLOREZ	7	5032654	KR 20 96G 10 SUR	19	SAN FRANCISCO	3114802485	SD	1	11 9 22								14 9 23	15 3 24																															
2																					2																															
3																					3																															
4																					R																															
5																					1																															
6																					2																															
7																					3																															
8																					R																															
9																					1																															
10																					2																															
11																					3																															
12																					R																															
13																					1																															
14																					2																															
15																					3																															
16																					R																															
17																					1																															
18																					2																															
19																					3																															
20																					R																															

54. Vo Bo NOMBRE COMPLETO JEFE ESTRAMURAL	55. PRODUCTOS SOBRANTES	56. PRODUCTOS DAÑADOS
60. NOMBRE COMPLETO DEL DIGITADOR:		
61. NOMBRE PERSONAL DE APOYO:		
62. OBSERVACIONES:		

55. PRODUCTOS SOBRANTES	56. PRODUCTOS DAÑADOS
2600761	AN13133
31 1 27	31 3 27

Powered by CamScanner



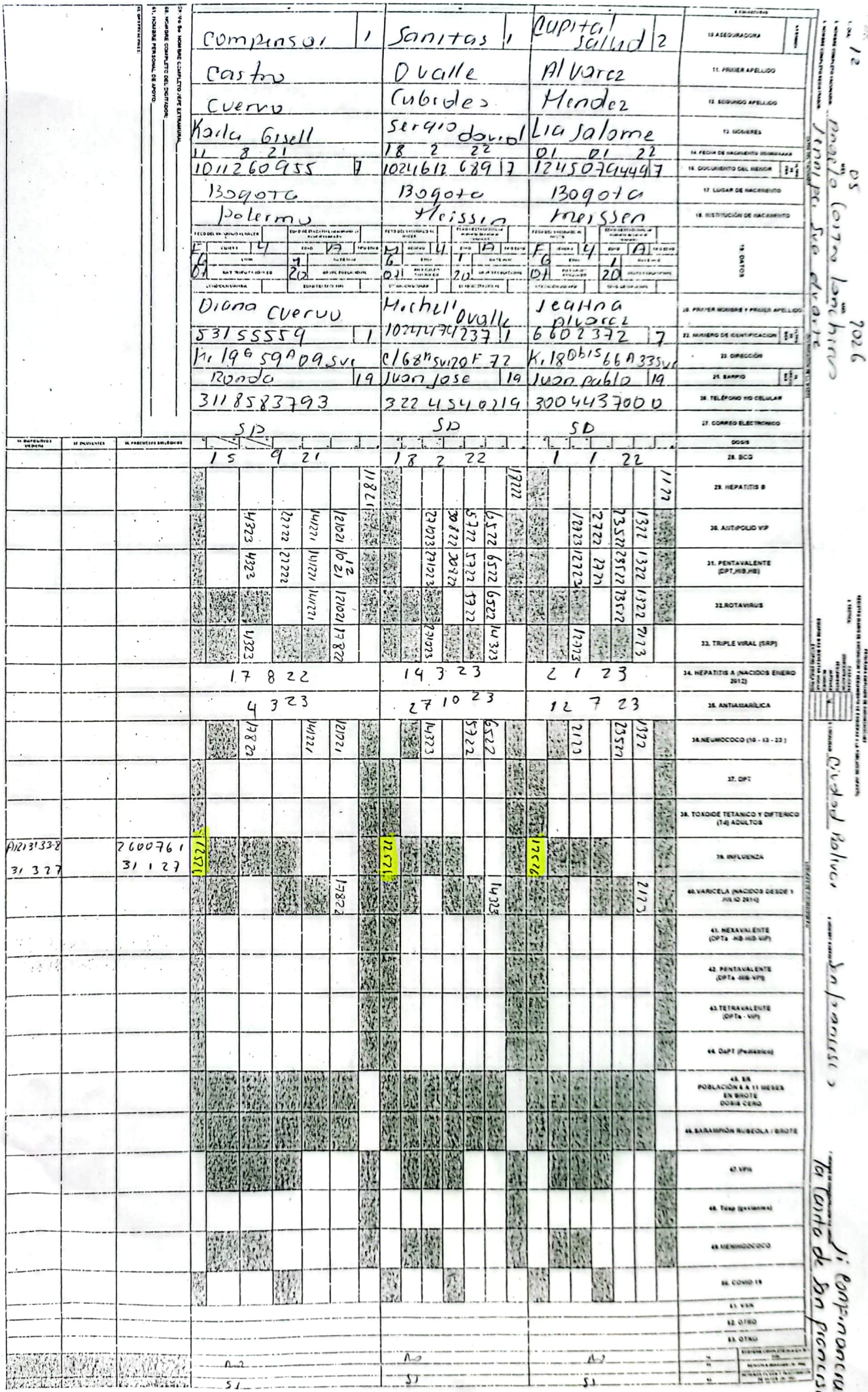
1. DAU	12	MES 05	AÑO 2026
2. NOMBRE COMPLETO VACUNADOR	Angela Castro Londoño		
3. CONSECUTIVO			
10. ASEGURADORA	Comfansur 2	capital salud 2	Comisanor 1
11. PRIMER APELLIDO	Morales	Carolono	Lopez
12. SEGUNDO APELLIDO	Osma	Garcia	Ramirez
13. NOMBRES	JOHN Ahiden	Ian heiney	Hanna Isabella
14. FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AAAA	18 09 2022	14 3 22	18 1 22
15. DOCUMENTO DEL MENOR	1024614343 7	1023422397 7	1024612556 7
17. LUGAR DE NACIMIENTO	Bogota	Bogotá	Bogota
18. INSTITUCIÓN DE NACIMIENTO	Magdalena	Meissen	occidente
19. DATOS	M 3 7 01 20	M 4 6 01 20	F 4 6 01 20
20. PRIMER NOMBRE Y PRIMER APELLIDO	Nicol Osma	Piloo Garcia	Ruby Ramirez
22. NUMERO DE IDENTIFICACION	1007341697 1	1032796431 1	1110174712 1
23. DIRECCIÓN	Kr 19 bis 65 21 sur	Kr 21A 63 93 sur	Dg 67b Sur 19 42
26. BARRIO	San francisco 19	San francisco 19	Millan 19
26. TELÉFONO Y/O CELULAR	3126241468	3214164387	3114932093
27. CORREO ELECTRONICO	SD	SD	SD
DOSIS			
28. BCG	19 9 22	15 3 22	21 2 22
29. HEPATITIS B	19822	15322	18122
30. ANTIPOLIO VIP	2233 22324	22322	24622
31. PENTAVALENTE (DPT,HIB,HB)	2233 22324	15322	24622
32.ROTAVIRUS	22324	18122	24622
33. TRIPLE VIRAL (SRP)	22324	18122	18123
34. HEPATITIS A (NACIDOS ENERO 2012)	19 9 23	3 4 23	18 1 23
35. ANTIAMARÍLICA	22324	18123	1823
36.NEUMOCOCO (10 - 13 - 23)	19023	24123	18123
37. DPT			
38. TOXOIDE TETANICO Y DIFTERICO (Td) ADULTOS			
39. INFLUENZA	12526	12526	12526
40.VARICELA (NACIDOS DESDE 1 JULIO 2014)	19822	34123	18123
41. HEXAVALENTE (DPTa -HB-HIB-VIP)			
42. PENTAVALENTE (DPTa -HIB-VPI)			
43.TETRAVALENTE (DPTa - VIP)			
44. DaPT (Pediátrico)			
45. SR POBLACIÓN 6 A 11 MESES EN BROTE DOSIS CERO			
46.SARAMPIÓN RUBEOLA / BROTE			
47.VPH			
48. Tdap (gestantes)			
49.MENINGOCOCO			
50. COVID 19			
51. VSR			
52. OTRO			
53. OTRO			
24. Vo Bo. NOMBRE COMPLETO JEFE ESTAMURAL			
40. NOMBRE COMPLETO DEL DISTRIDOR			
41. NOMBRE PERSONAL DE APOYO			
42. OBSERVACIONES			
36. DISPOSITIVOS MEDICOS			
37. DILUYENTES			
38. PRODUCTOS BIOLÓGICOS			
	AR63133 8 31 3 27	2600761 31 1 27	

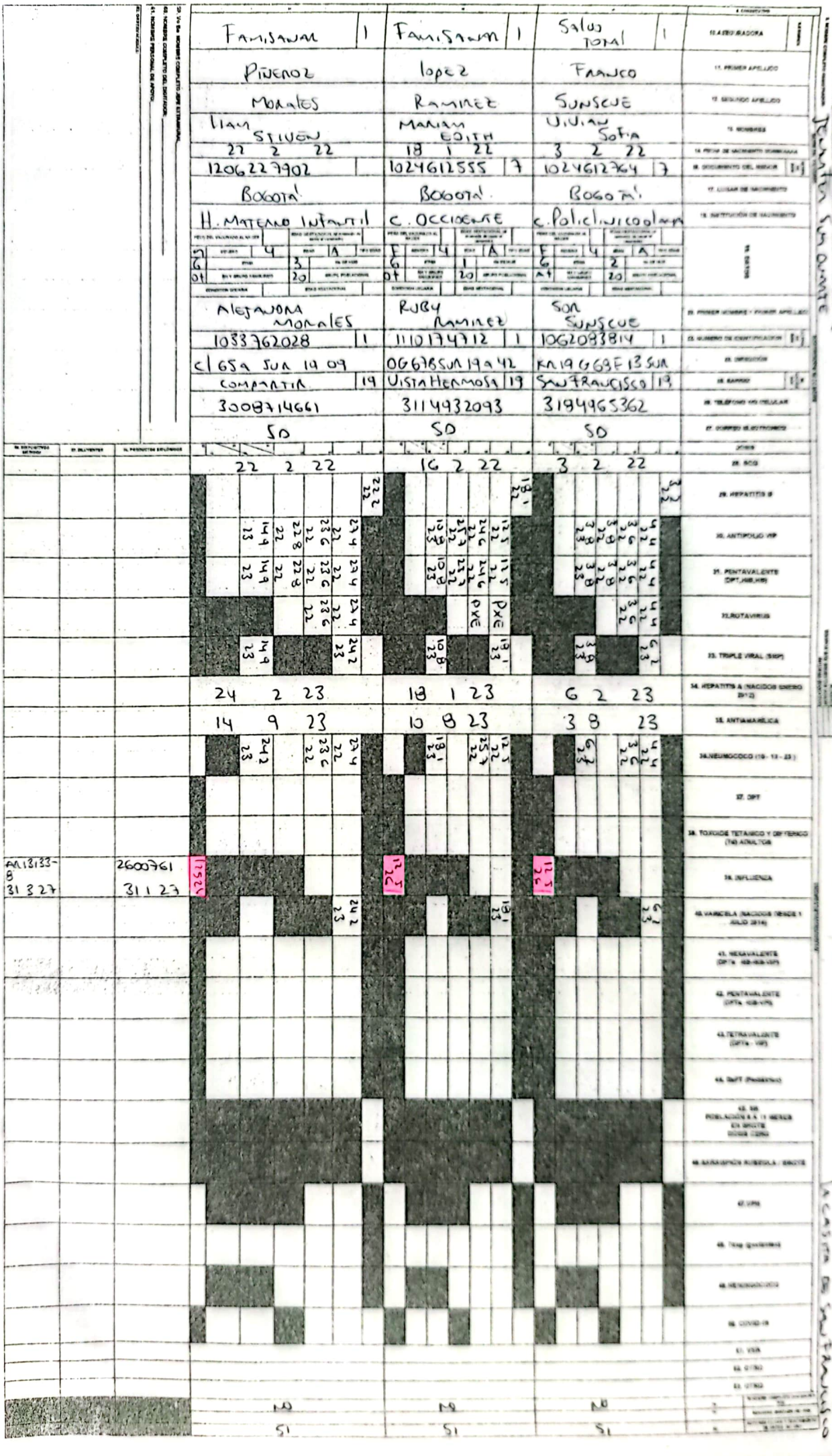
Ciudad Bolívar, San Francisco

Firma del vacunador

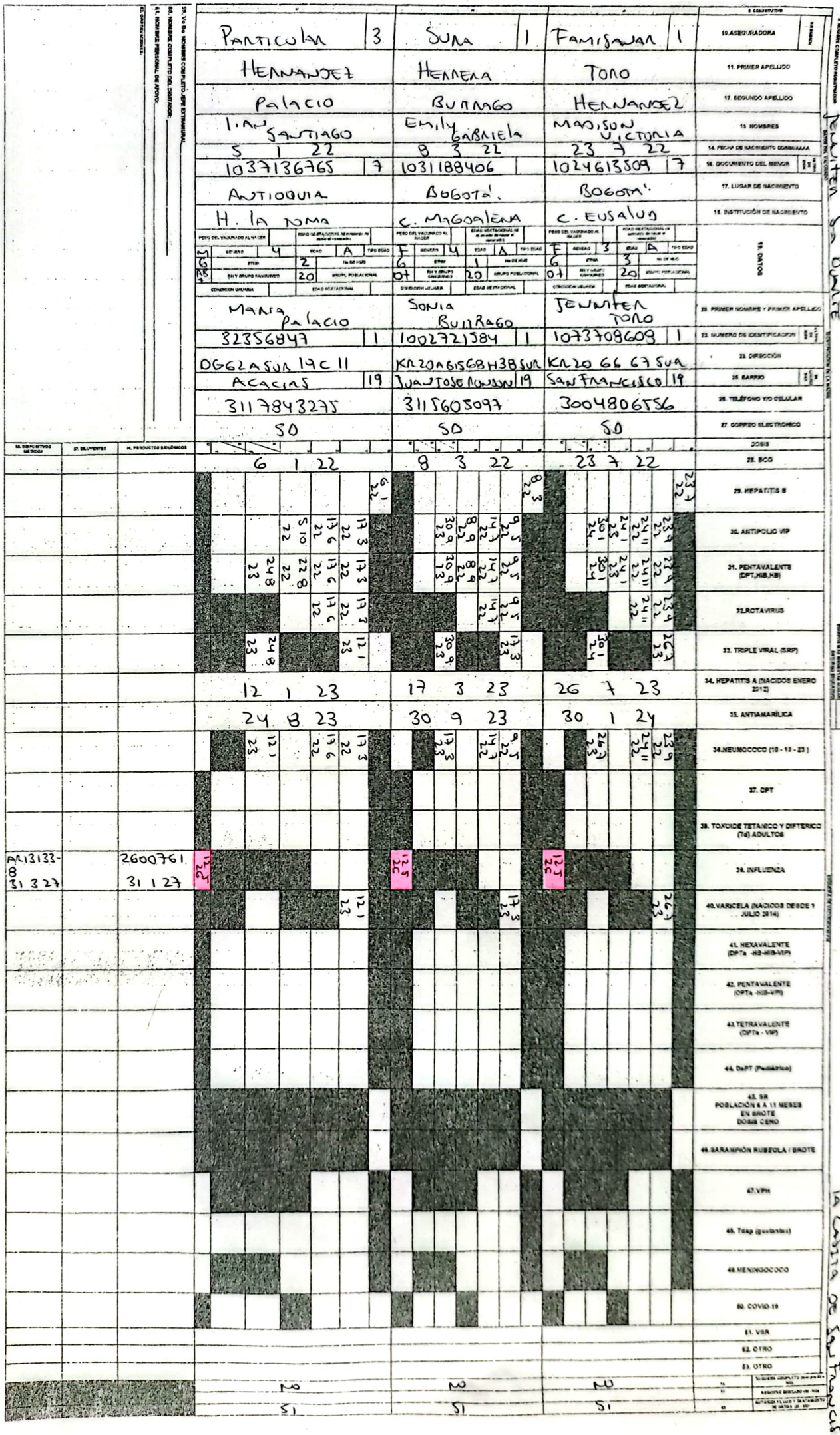
Tarjeta de vacunación

Powered by CamScanner

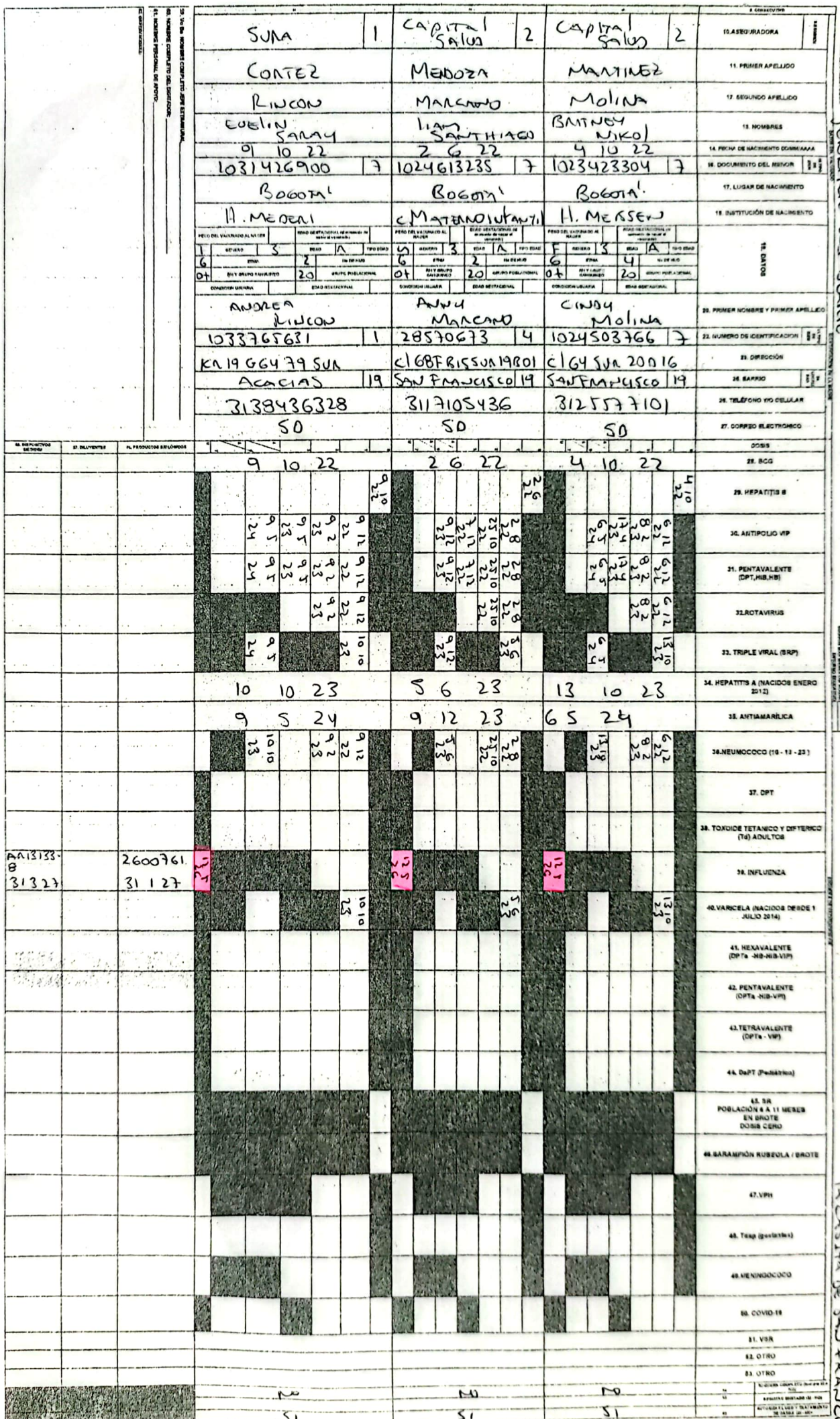




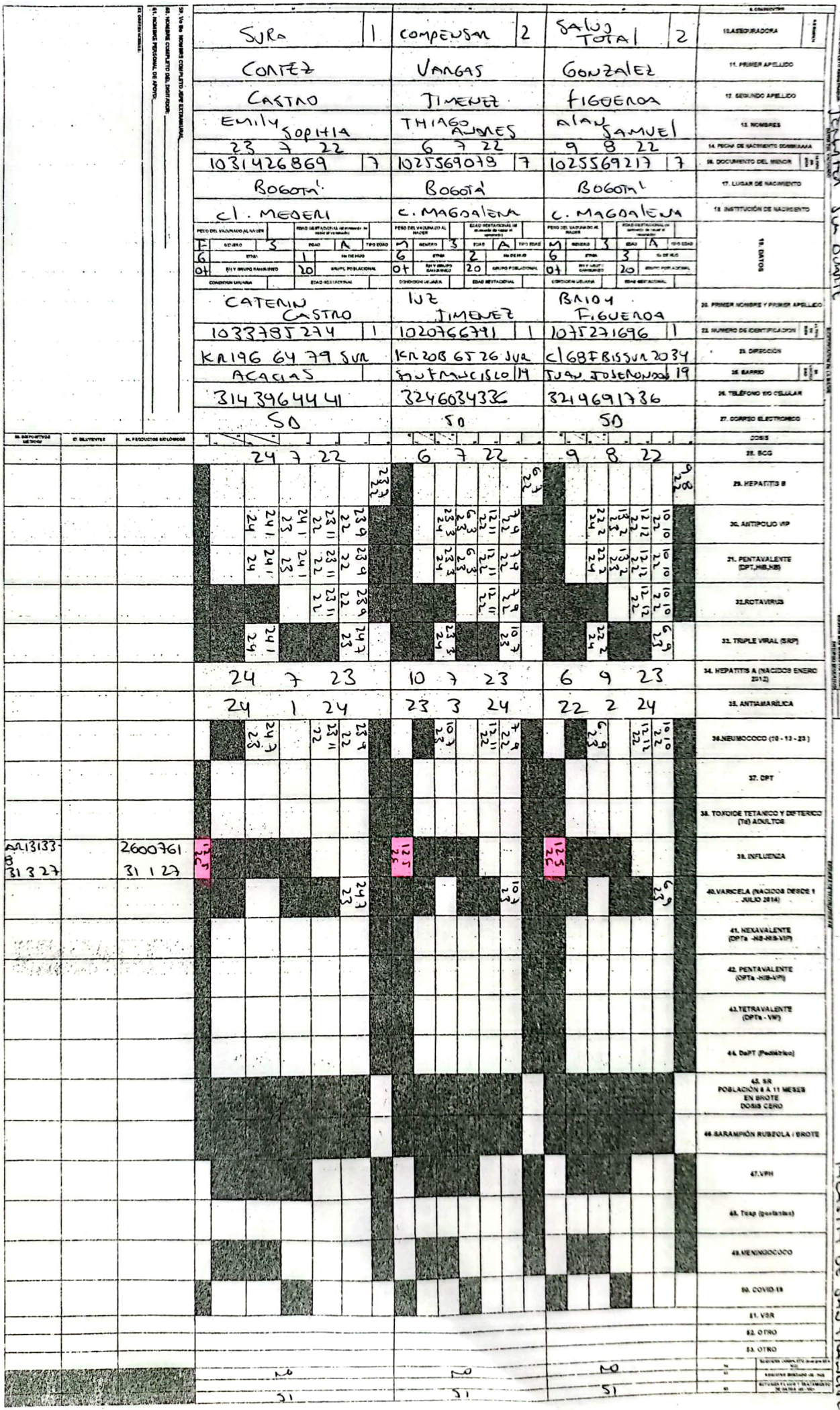
Powered by CamScanner

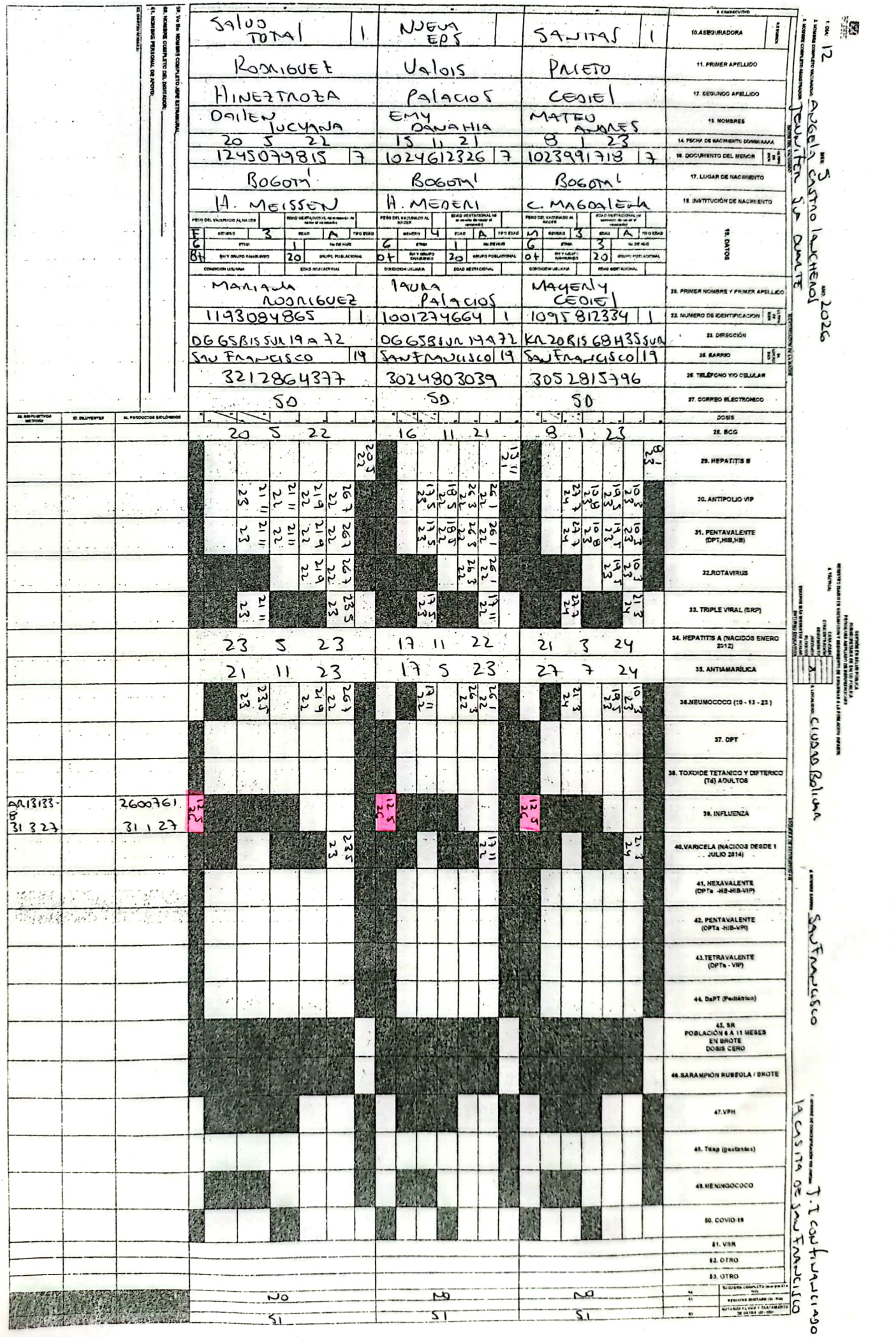


Powered by CamScanner

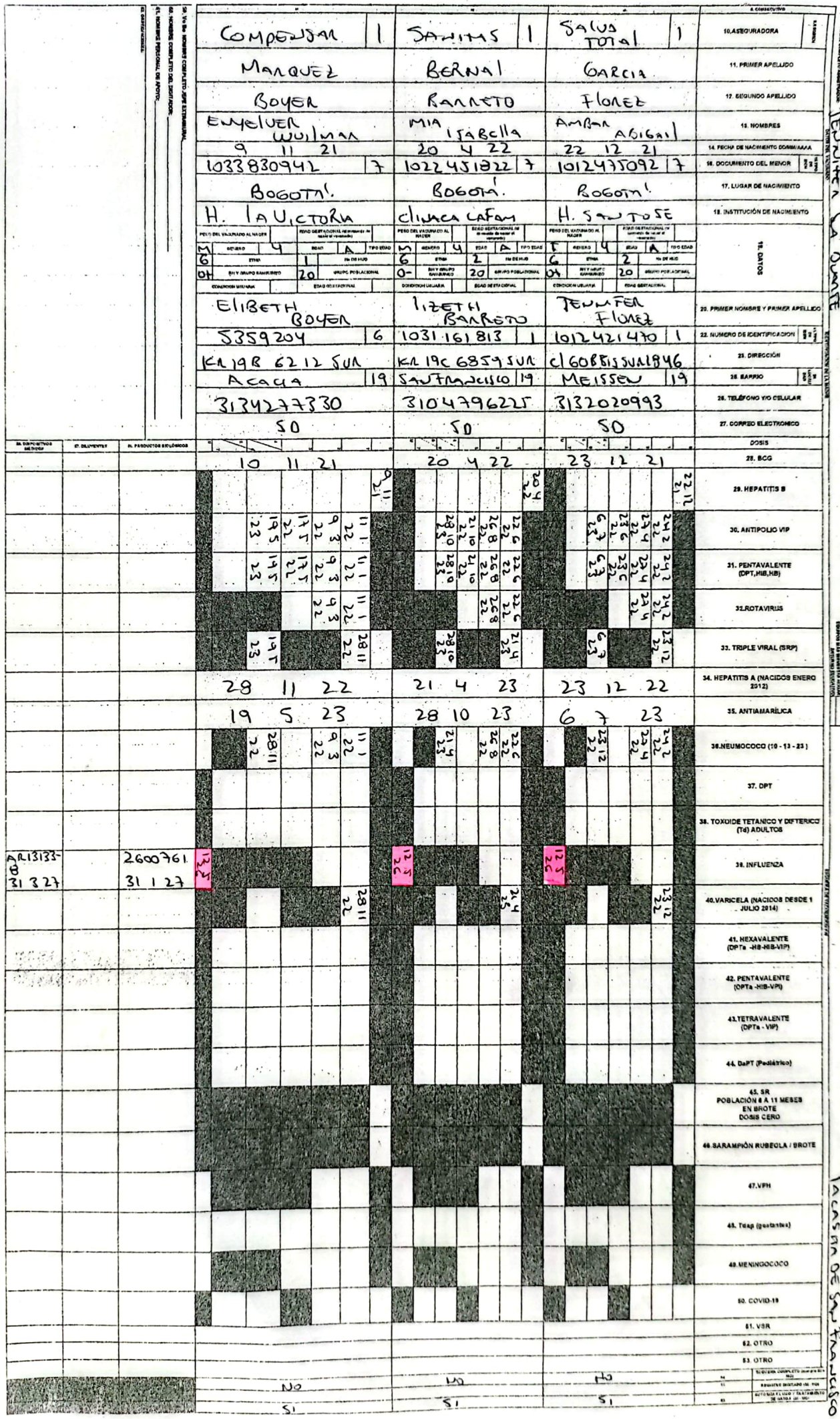


Powered by CamScanner

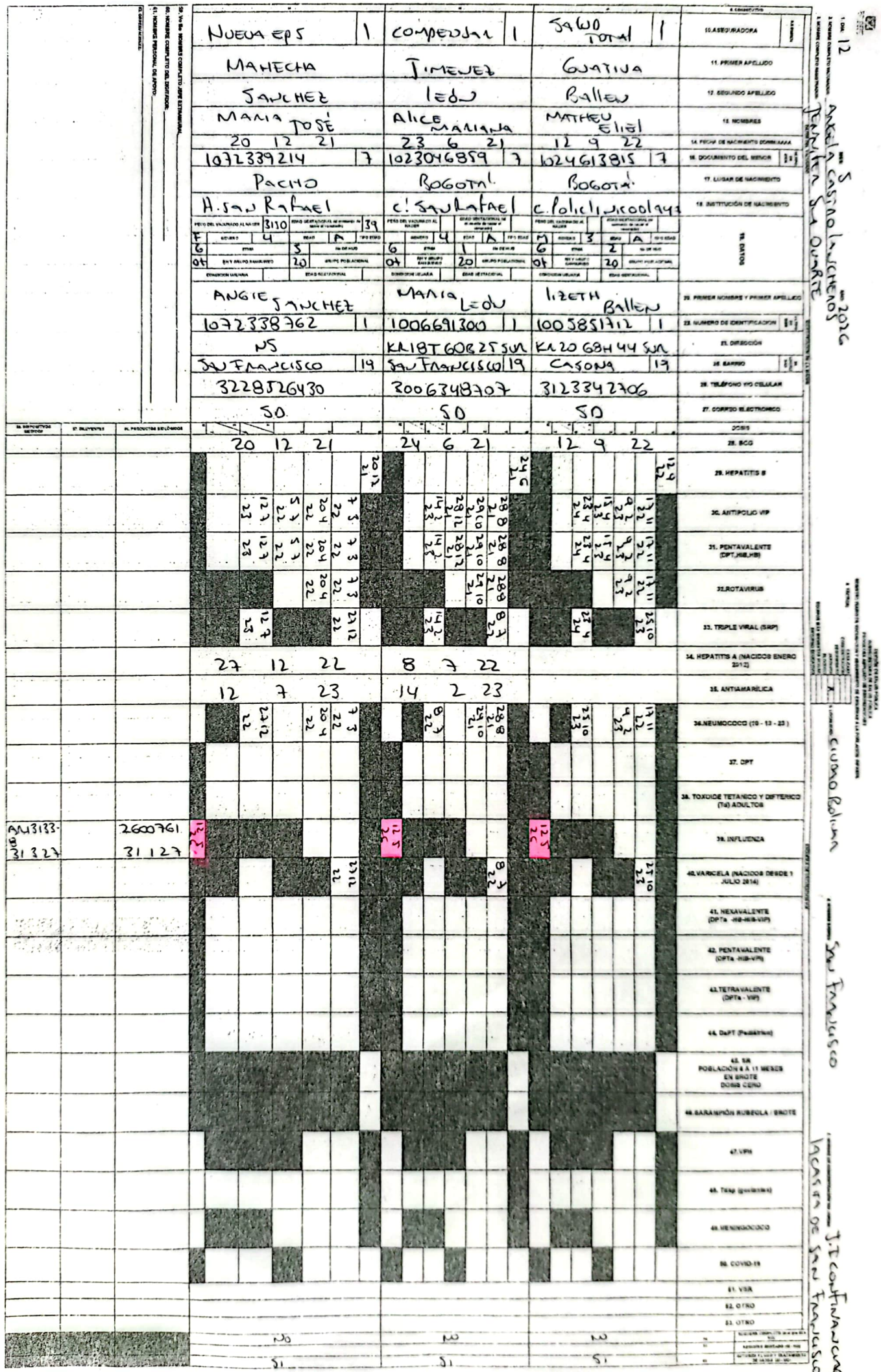




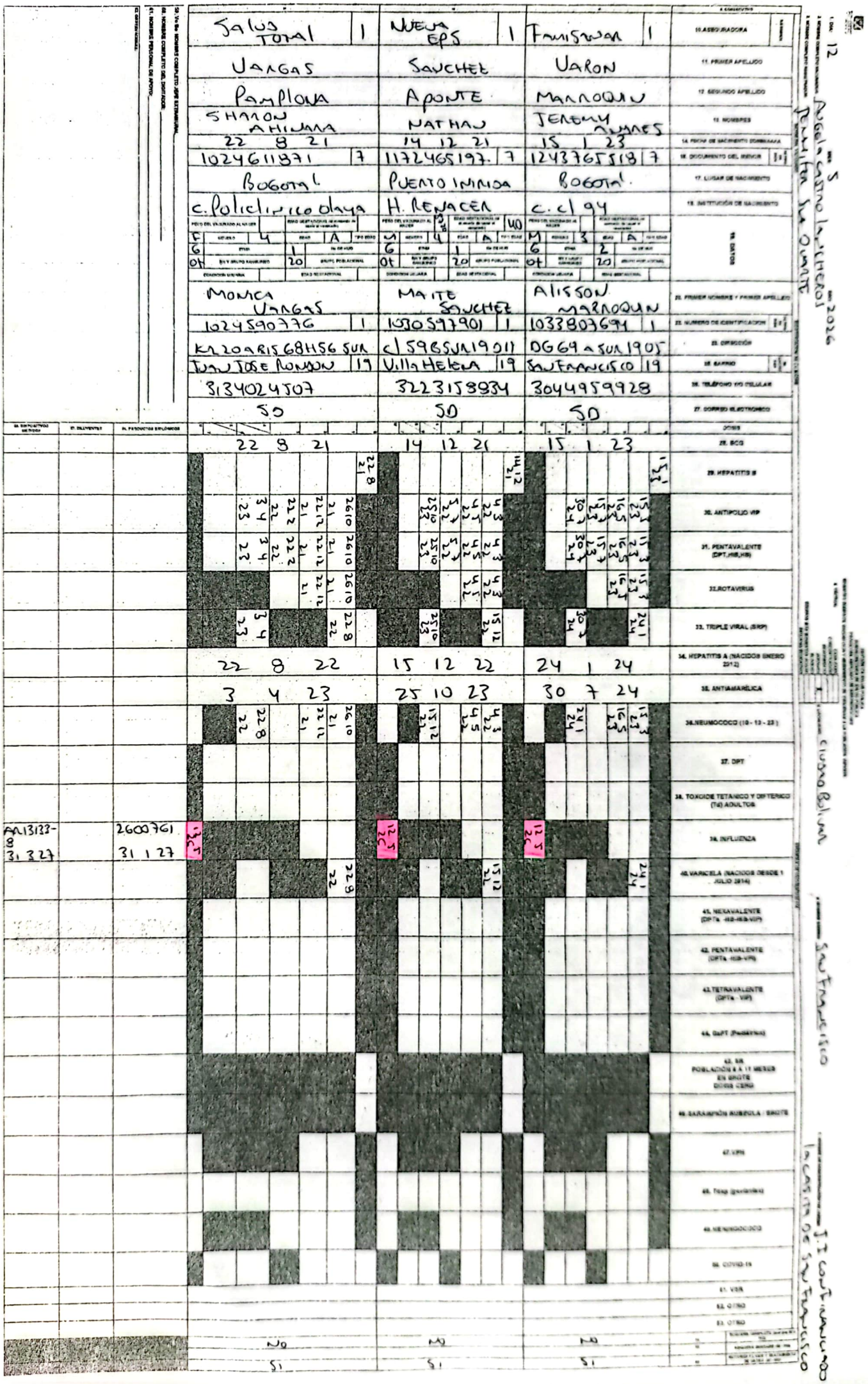
Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner