341237

Centro Especializado en Vacunación

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunamos en su Seguro de Vida

	FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE	
	SIG	
	PROCESO: CALIDAD	
	ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS	
	VACUNADOR:	

EMPRESA, INSTITUTO: Sena Salud IPS

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO INTRAMURAL [ ] EXTRAMURAL [ ] JORNADA DE SALUD [ ] DOMICILIARIO [ ] UNIDAD MOVIL [ ]

ASISTENTE:

FECHA: 13 MAYO 2026

HORA ENTRADA: HORA SALIDA:

DATOS DEL PACIENTE

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	RH	DIRECCION	BARRIO	TELEFONO	EPS	BIOLOGICO TD	HA	HB	H A+B	FA	VA	IHH	TV	FT	SPT			# CARNET
1	Valerie Sofia cardoso	1026565989	26-07-08	RH+	N/A	los martires	3209862051	Sanitas.			2			2							IPS
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					

CONTACTO	CORREO	TELEFONO	TOTAL
COORDINACION DE ENFERMERIA			
OBSERVACIONES			

		1			1									0

El líder del SIG se permite comunicar que este documento impreso es una copia no controlada

Powered by CamScanner

341237

Centro Especializado en Vacunación **IPS VACUNAR COLOMBIA SAS** *Vacunarse es su Seguro de Vida*	**FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO**	**FO CAL VC V08 R08 033**
	SIG	**VERSIÓN: 08**
	PROCESO: CALIDAD	**REVISIÓN: 08**
	ESTÁNDAR: PROCESOS PRIORITARIOS	**FECHA: 17-03-2026**

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.

Efectos post vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea

Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☐ **Jornada de vacunación** ☐ **Domicilio** ☐ **Unidad Móvil** ☐

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
13 MAYO 2026	11:28	Valene Cardoso Cuevas	1022465989	Sofia Cuevas.	HB:2 U:2.	alejandra	

El líder del SIG de SIG de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, se permite comunicar que este documento impreso es una copia no controlada

Powered by CamScanner