3411255

Centro Especializado en Vacunacion

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunarse es su Seguro de Vida

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE	FO CAL VC V07 R07 021
SIG	VERSION: 07
PROCESO: CALIDAD	REVISION: 07
ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS	FECHA: 07-05-2026

EMPRESA, INSTITUTO:

VACUNADOR:

ASISTENTE:

FECHA: 08 MAYO

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

HORA ENTRADA :

HORA SALIDA:

	DATOS DEL PACIENTE								BIOLOGICO											
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	RH	DIRECCION	BARRIO	TELEFONO	EPS	TD	HA	HB	H A+B	FA	VA	INF	TV	FT	DPT		
1	Alison Prieto	1027781576	10-04-04	O+	N I A	Rafael U.	3213193095	Sanitas			2			1	1					
2	Maria Fernanda	1011040197	14-12-05	O+	N I A	Soacha	3177290727	Nueva E.			4				1					
3	Luna Tafur	1121205345	20-08-20	A+	N I A	Kennedy	3112728646	Sanidad M			7			1	1					
4	Jennifer Vanegas	1033762352	23-02-04	A+	N I A	Ciudad B.	3125072892	Famisanar			3			1	1					
5	Katty Rodriguez	1050725446	11-06-09	B+	N I A	Usaquen	3235329296	Nuvalser			1			1	1					
6	Hanna Gomez	1033103466	19-06-06	O+	N I A	Usaquen	3054457871	Sanitas			1			1	1					
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
								TOTAL			6			5	C					

CONTACTO

CORREO

TELEFONO

COORDINACION DE ENFERMERIA

OBSERVACIONES

Karen Pai

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

3411255

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO CAL VC V07 R07 033
	SIG	VERSIÓN: 07
	PROCESO: CALIDAD	REVISIÓN: 07
	ESTÁNDAR SISTEMA INFORMACIÓN	FECHA: 16-09-2025

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 pos 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
08 MAYO 2026	7:40	Alson Valeria Prieto Cacedo	1028.781.596	Alison Prieto	HB(2)-VC(1) Inf.	Alejandra	
08 MAYO 2026	7:45	Maria Valentina Forero Alfonso	1011090192	Valentina forero	HB(1)-Inf.	Alejandra	
08 MAYO 2026	7:44	Lina Yohamy Tafur Carvalho	1-121.205.395	[illegible]	HB(2) VC(1)-Inf	Alejandra	
08 MAYO 2026	7:45	Jennifer Lorena Vanegas Mejia	1033.762.357	[illegible]	HB(3)-Inf-VC(1)	Alejandra	
08 MAYO 2026	7:47	Katty Rodriguez Rivera	1.050.725496	Katty	HB(1)-Inf-VC(1)	Alejandra	
08 MAYO 2026	7:52	Hanna Valentina Gomez Torres	1033103996	Hanna Gomez.	HB(1)-VC(1)-Inf	Alejandra	