3411798

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE	FO-CAL-VC-VAP-REP-021
SIG	VERSION: 07
PROCESO: CALIDAD	REVISION: 07
ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS	FECHA: 07-05-2024

EMPRESA, INSTITUTO: Sena Salud IPS. VACUNADOR: ASISTENTE: FECHA: 13 MAYO 2026

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			# SABINET
1	Ana Marcela Teran	1081807525	26-03-09	O+	N/A	Curuba	3015051124	Nueva EPS			2										CV
2	maria Ana Rincon	1027526589	23-08-08	O+	N/A	Socorro	3238466823	cap. tal salud			2										CV
3	Thalia Katherine Agollon	1031547021	07-06-08	B+	N/A	San cristobal	3241137183	Sanitas.			3			1							CV
4	Loren Sofia velandia	1033104469	22-11-08	O+	N/A	San cristobal	3117916054	Salud total						2							CV
5	Sara Daniela tellez	1011325273	07-01-09	A+	N/A	ciudad B	3209134457	Famisanar			3										CV
6	Jinmel fabian Acosta	1031650847	15-07-06	A+	N/A	Suba	3024747588	Cap tal salud						2							CV
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
								TOTAL			4			3							0

CONTACTO CORREO TELEFONO

COORDINACION DE ENFERMERIA

OBSERVACIONES

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

Powered by CamScanner

341758

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	9:15	Luna Maicela Teran	1051EC7525	Luna Terán	HB=2	alejandra	
13 MAYO 2026	9:17	Maria Luna Rincon	1C27526569	Maria Luna R.	HB=2	alejandra	
13 MAYO 2026	9:19	Talia Aguillon Herrera	1031 542021	Thalia Aguillon	V=1 HB=3	alejandra	
13 MAYO 2026	9:22	Loren Sofia Velandia.	1C3310446 9	LorenSofiaVelandia	V=2	alejandra	
13 MAYO 2026	9:25	Sara Daniela Tellez	1011325273	Sara Daniela Tellez	HB 3	alejandra	
13 MAYO 2026	10:26	Samuel Fabian Acosta	1C31650647		V=2	alejandra	
13 MAYO 2026							
13 MAYO 2026							
13 MAYO 2026							
13 MAYO 2026							

Powered by CamScanner