17:66 3172223

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

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:

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO INTRAMURAL [ ] EXTRAMURAL [ ] JORNADA DE SALUD [ ] DOMICILIARIO [ ] UNIDAD MOVIL [ ] HORA ENTRADA: HORA SALIDA:

	DATOS DEL PACIENTE								BIOLOGICO													
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	RH	DIRECCION	BARRIO	TELEFONO	EPS	TD	HA	HB	H A+B	FA	VA	INF	TV	PT	DPT			# CARNET
1	Guiapyer Rodrigu	1C4 SE+C913	18-C4-C5	A+	N I A	Scpo	3134447523	Salud T			3			2							SS
2	Alejandra Salinas	101 9C6 277C	22-CE-01	A+	N I A	Suba	3114662238	Salud-1			3			2							IPS
3	Pablo Mora	1C2 88608411	21-11-C5	A B+	N I A	Soacha.	3197121859	Famisanar			3			2							1E37
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
TOTAL											3			3							1

CONTACTO | CORREO | TELEFONO

COORDINACION DE ENFERMERIA

OBSERVACIONES

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

Powered by CamScanner

3172773

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 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
11 JUN. 2026	9:40	Guiapyer Guiuliana Rodriguez	1075870913		HB(3) VC2)	alejandra	
11 JUN. 2026	9:41	Alejandra Salinas Cambita	1019062770		HB(3) VC2)	alejandra	
11 JUN. 2026	9:44	Pablo Esteban Maia Diaz	1028860891		HB(3) VC2)	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