3236909

11:00

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunarse es su Seguro de Vida

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

EMPRESA, INSTITUTO: Sena Salud

VACUNADOR:

ASISTENTE:

FECHA: 12 JUN. 2026

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

HORA ENTRADA:

HORA SALIDA:

DATOS DEL PACIENTE

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	RH	DIRECCION	BARRIO	TELEFONO	EPS	BIOLOGICO TD	MA	HB	H A+B	FA	VA	INF	TV	FT	DPT			# CARNET
1	Sara Valentina Badoya	1112047343	03-02-08	B+	NA	Bosq.	3102440703	Asmed.			1			1							55
2	Jeome del Basilio	30825514	0403-77	O+	NA	Fontibon	3203663195	Sanitas			1			1							✓
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: 2 2 0

COORDINACION DE ENFERMERIA

OBSERVACIONES

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

Powered by CamScanner

3236909

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
12 JUN. 2026	11:11	Sacvalentina Bedoya Osio	1112097393	Sara Bedoya	HB(1) V(1)	alejandra	
12 JUN. 2026	1:26	Jeanne del Rosario	30825514		HB(1) V(1)	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