8:00

3311956

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE	FO-CAL-VC-VAP-RDP-021
SIG	VERSIÓN: 07
PROCESO: CALIDAD	REVISIÓN: 07
ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS	FECHA: 07-05-2026

EMPRESA, INSTITUTO: SENA SALUD | VACUNADOR: | ASISTENTE: | FECHA: 11-06-2026

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	N A+B	FA	VA	INF	TV	FT	DPT			# CARNET
1	Karen Morales	1006727947	17-01-02	A+	N I A	Rafael U.	3147355151	Sanitas I			2			2							IPS
2	Diana Fonseca	1007720970	08-10-05	B+	N I A	Kennedy	3228138509	Compensar						2							IPS
3	Idali Mayorga	1007534344	12-01-02	O+	N I A	Soacha.	3125171536	Sanitas						2							IPS
4	Giovanni Moreno	79212466	13-12-80	A+	N I A	Soacha	3112763085	Penal						2							18359
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
TOTAL											1			4							1

CONTACTO | CORREO | TELEFONO

COORDINACION DE ENFERMERIA

OBSERVACIONES

El líder del SIG le permite constatar que este documento impreso es una copia no controlada

Powered by CamScanner

3311956

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	8:16	Karen Nicol Morales Baral	1000.622.797		HB(2) VC(2)	alejandra	
11 JUN. 2026	8:17	Diana Katherin Fonseca Becerra	1000 779 970		VC(2)	alejandra	
11 JUN. 2026	8:18	Idali Mayorga Salazar	1005343899		VC(2)	alejandra	
11 JUN. 2026	8:33	Giovanni Moreno	79217460		V:2	alejandra	

Powered by CamScanner