3411282
11:30

Centro Especializado en Vacunación

**IPS VACUNAR COLOMBIA SAS**

Vacunarse es un Seguro de Vida

| | |
|---|---|
| FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE | FO CAL VC VD* RP* 011 |
| SIG | VERSION: 0* |
| PROCESO: CALIDAD | REVISION: 0* |
| ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS | FECHA: 07-05-2024 |

EMPRESA, INSTITUTO: SeraSalud | 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 | | | | | | | | | BIOLOGICO | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° | NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO | FECHA DE NACIMIENTO | RH | DIRECCION | BARRIO | TELEFONO | EPS | TD | HA | HB | H A+S | FA | VA | INF | TV | FT | DPT | | | # CARNET |
| 1 | Nicoll Sofia Mendoza | 1022952030 | 11-06-2001 | O+ | NA | Usme | 3142107593 | Sanitas | | | | | | | 1 | | | | | | |
| 2 | Amir Santiago Solano | 1140.417.589 | 02-12-2007 | O+ | NA | Usme | 3204774103 | Sanitas | 1 | | 1 | | | 1 | 1 | | | | | | 4277 |
| 3 | Dana Camila Lopez Mieles | 1016718548 | 04-03-2004 | A+ | NA | Sorrisoba | 3245670810 | NIS | | | 1 | | | 1 | 1 | | | | | | |
| 4 | Gmey Valentina Alfonso | 1043244190 | 15-04-2004 | O+ | NA | Bosa | 3208383582 | Famisanar | | | 1 | | | 1 | 1 | | | | | | |
| 5 | Alisson Andrea Gonzalez | 1027569999 | 18-08-2008 | B- | NA | Bosa | 3227411511 | Famisanar | | | 1 | | | 1 | 1 | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | TOTAL | 1 | 4 | | | 4 | 5 | | | | | | 1 |

CONTACTO | CORREO | TELEFONO

COORDINACION DE ENFERMERIA

OBSERVACIONES

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

Total = 5

Powered by CamScanner

11:30 3411252

| Centro Especializado en Vacunación<br>**IPS VACUNAR COLOMBIA SAS**<br>*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 | 11:26 | Nicoll Sayay Mendoza Rubio | 1022952030 | Nicoll Mendoza | Inf | alejandra | |
| 12 JUN. 2026 | 11:29 | Amir Santiago Sanabria Suarez | 1140917599 | Amir S. | Inf(a) Hb(a) V(a) | alejandra | |
| 12 JUN. 2026 | 11:34 | Dana Camila Lopez Nieto | 1016718514 | Dana López | Inf, Hb1, V1. | alejandra | |
| 12 JUN. 2026 | 11:35 | Ginney Valentina Alfonso | 1093294140 | | Inf, Hb1, V1. | alejandra | |
| 12 JUN. 2026 | 11:37 | Allison Gonzalez Triana | 1027526499 | Allison Gonzalez | Inf, Hb1, V1. | 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