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** [X] **Jornada de vacunación** [ ] **Domicilio** [ ] **Unidad Móvil** [ ]

2923478

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
19 MAYO 2026	11:52	Vadir Yamith García Arrayave	1037632045		Influenza.	Alejandra	
19 MAYO 2026	11:55	Sebastian Guisao Idarraga	1025644303	SEBASTIAN GUISAO	Varicela 2.	Alejandra	
19 MAYO 2026	11:57	Jaisson Orlando Vargas Caro	1036643595		Inf-V2-HB3-TT2	Alejandra	
19 MAYO 2026	11:58	Siu ling Valentina Manrquez R.	1769949 PT.		Inf-V2.	Alejandra	
19 MAYO 2026	2:11	Isabella Calle Sanchez	1022002880	Isabella Calle S	Inf.	Alejandra	
19 MAYO 2026	2:12	Mª Camila Correa Rodriguez	1026134184		Inf-HB3.	Alejandra.	
19 MAYO 2026	2:14	Jaider Gomez Vergara	1042150004		Inf-TT3.	Alejandra	

Inf V=3 HB=1 TT=1