3493527
Farmaceuticos

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunamos en tu Seguro de Vida

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE

SIG

PROCESO: CALIDAD

ESTÁNDAR PROCESOS PRIORITARIOS

EMPRESA, INSTITUTO: Sena San Antonio | VACUNADOR: Alejandria | ASISTENTE: Juliana Enciso | FECHA: 11 SEP 2025

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	FT	SPT		# CARNET
1	Juan Camilo Heredia	1116853753	02-08-2005	O-	Engativa		3105530224	C. Salud						2						
2	Kelly Johana Torres Gonzalez	1106393354	27-05-2005	ot	Fontibon		3107442648	Sanitas						2						
3	Sandra Viviana Ramirez Medina	1057074046	23-08-2005	o+	S Cristobal		3002713693	Nueva EPS			2			2						
4	Jesus Daniel Mejia Garcia	1011101936	17-10-2008	ot	Suba		3053050422	Compensar	2		2			2						
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
TOTAL									1		2			4						

CONTACTO | CORREO | TELEFONO

COORDINACION DE ENFERMERIA

OBSERVACIONES

Powered by CamScanner

3493527

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 SEP 2026	8:26	Yinet Camila Monedero	1116655452	Camila Diaz	V (2)	Alejandra	
11 SEP 2026	8:27	Kely Torres Gonzalez	1066343354	Johana Torres	V (2)	Alejandra	
11 SEP 2026	8:28	Sandra Viviana Ramirez	1057614606	Sandra Ramirez	V (2) HB (2)	Alejandra	
11 SEP 2026	8:30	Jesus Daniel Mejia	1011101936	Jesus Daniel Mejia	HB (2) TD (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