3493530
Tecnico
Enferme

Centro Especializado en Vacunación

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunamos en su Segundo de Vida

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE	FO.C.AE.VC.VAT.REG.025
SIG	VERSION: 07
PROCESO: CALIDAD	REVISION: 07
ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS	FECHA: 07-05-2026

EMPRESA, INSTITUTO: Sena San Antonio | VACUNADOR: Alejandra | ASISTENTE: Sara Gonzalez | FECHA: 11 SEP. 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	H A+B	FA	VA	INF	TV	FT	DPT		# CARNET
1	Paula Andrea Ramirez Agudelo	1032936696	29-03-2004	A+	Suba		3182411189	Sanitas						2						
2	Karen Stephany Pulido Rios	1023914965	10-03-2002	A+	San Cristobal		3112253069	Compensar						2						
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
TOTAL														2						

CONTACTO | CORREO | TELEFONO

COORDINACION DE ENFERMERIA

Powered by CamScanner

3493530 Enfermería.

1)

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	12:31	Paula A Ramirez A	1032936696	Paula R.	1/2.	Alejandra	
11 SEP. 2026	12:32.	Jharen Stephany Pulido Rios	1023914965	[illegible]	1/2.	Alejandra	

Powered by CamScanner