

**Autorización para la vacunación contra sarampión y rubeola a los niños y niñas en Instituciones Educativas y de Protección Infantil**

Institución: \_\_\_\_\_ Sede: \_\_\_\_\_ Jornada: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

*“La vacunación es un derecho fundamental en la vida de los niños y niñas y un deber de todo padre/madre dejarlo vacunar. Es un servicio totalmente gratuito el cual traerá bienestar físico y social a niños y niñas para así mejorar la calidad de vida y evitar enfermedades en su futuro”*

**Ley 1098 de noviembre de 2006. Artículo 29.** Desde la primera infancia, los niños y las niñas son sujetos titulares de los derechos reconocidos en los tratados internacionales, en la Constitución Política y en el Código en mención. **Son derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación,** la protección contra los peligros físicos y la educación inicial.

¿En los últimos dos meses su hijo o hija ha recibido la vacuna adicional contra sarampión y rubéola? **SI** \_\_\_ **NO**\_\_

En caso de que su respuesta sea **SI**, por favor enviar la copia del “Paz y Salvo de vacunación” o carné de vacunación emitido por el punto de vacunación a la institución educativa. Dado que es un requisito indispensable para garantizar que el niño o niña ha sido vacunado.

En caso de que su respuesta sea **NO**, ¿autoriza a que la dosis adicional contra sarampión rubeola sea aplicada en la institución educativa.?

**SI** \_\_\_ **NO**\_\_ ¿Su hijo o hija presenta alguna enfermedad? **SI** \_\_\_ **NO**\_\_ En caso de que SI, indique cuál: \_\_\_\_\_

En caso **de no autorizar** la vacunación por favor indique el motivo de esta decisión: \_\_\_\_\_

Nombre Madre/Padre/Responsable: \_\_\_\_\_ Firma Madre/Padre/Responsable: \_\_\_\_\_

Nº documento identificación del niño o niña: \_\_\_\_\_

Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono o número de celular: \_\_\_\_\_

**Autorización para la vacunación contra sarampión y rubeola a los niños y niñas en Instituciones Educativas y de Protección Infantil**

Institución: \_\_\_\_\_ Sede: \_\_\_\_\_ Jornada: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

*“La vacunación es un derecho fundamental en la vida de los niños y niñas y un deber de todo padre/madre dejarlo vacunar. Es un servicio totalmente gratuito el cual traerá bienestar físico y social a niños y niñas para así mejorar la calidad de vida y evitar enfermedades en su futuro”*

**Ley 1098 de noviembre de 2006. Artículo 29.** Desde la primera infancia, los niños y las niñas son sujetos titulares de los derechos reconocidos en los tratados internacionales, en la Constitución Política y en el Código en mención. **Son derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación,** la protección contra los peligros físicos y la educación inicial.

¿En los últimos dos meses su hijo o hija ha recibido la vacuna adicional contra sarampión y rubéola? **SI** \_\_\_ **NO**\_\_

En caso de que su respuesta sea **SI**, por favor enviar la copia del “Paz y Salvo de vacunación” o carné de vacunación emitido por el punto de vacunación a la institución educativa. Dado que es un requisito indispensable para garantizar que el niño o niña ha sido vacunado.

En caso de que su respuesta sea **NO**, ¿autoriza a que la dosis adicional contra sarampión rubeola sea aplicada en la institución educativa.?

**SI** \_\_\_ **NO**\_\_ ¿Su hijo o hija presenta alguna enfermedad? **SI** \_\_\_ **NO**\_\_ En caso de que SI, indique cuál: \_\_\_\_\_

En caso **de no autorizar** la vacunación por favor indique el motivo de esta decisión: \_\_\_\_\_

Nombre Madre/Padre/Responsable: \_\_\_\_\_ Firma Madre/Padre/Responsable: \_\_\_\_\_

Nº documento identificación del niño o niña: \_\_\_\_\_

Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono o número de celular: \_\_\_\_\_

12

	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO – VPH -</b>	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	29/08/2018	
		Código:	EX-06-02-FO-0001	

YO \_\_\_\_\_ IDENTIFICACIÓN \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

HORA \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL PADRE DE FAMILIA Y/O CUIDADOR \_\_\_\_\_

IDENTIFICACIÓN \_\_\_\_\_

**DECLARAN:** El personal del área de salud \_\_\_\_\_ nos ha explicado y hemos entendido la siguiente información sobre la aplicación de la vacuna contra el Virus de Papiloma Humano.

**EN QUE LA BENEFICIARÁ:**

Las vacunas tetravalente y bivalente son eficaces en la prevención de las lesiones cervicales precancerosas relacionadas con el VPH 16 y VPH 18 en mujeres. No ofrece protección contra la evolución de la infección hacia la enfermedad a partir del VPH contraído antes de la vacunación.

**EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUE SIRVE:** El procedimiento de vacunación consiste en la administración de un biológico para la prevención de cáncer cervical, vulvar y vaginal, lesiones precancerosas o displasias, verrugas genitales o infección persistente causada por el Virus del Papiloma Humano, serotipos 6, 11,16 y 18.

**CÓMO SE REALIZA:** Se administra la vacuna vía intramuscular, en el tercio medio del musculo deltoides (brazo).

**PRECAUCIÓN:** La vacunación en adolescentes puede desencadenar síncope, algunas veces asociado con desmayo, por lo que se recomienda que después de la aplicación de la vacuna, la niña permanezca sentada por lo menos 15 minutos y sea observada.

**EVENTOS ADVERSOS:**

En el sitio de la inyección (1 a 5 días postvacunación): Dolor, hinchazón, eritema, hematoma y prurito.

Sistémico (1 a 15 días postvacunación): Pirexia (fiebre), diarrea, vómitos, mialgia (dolor muscular), tos, infecciones de vías respiratorias superiores, odontalgia (dolor dental), malestar general, artralgia (dolor articulaciones e insomnio).

NOTA: LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS – Y LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – OPS- RECOMIENDAN EL USO DE LA VACUNA CONTRA EL VPH, DESPUÉS DE HABER REALIZADO UN AMPLIO ESTUDIO DEL PERFIL DE SEGURIDAD DE ESTA VACUNA, POR PARTE DEL COMITÉ CONSULTIVO MUNDIAL DE SEGURIDAD DE VACUNAS DE LA OMS.

**NO OBLIGATORIEDAD DE LA VACUNA:**

**DECLARO** que he sido informado con anticipación y de forma satisfactoria he comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el personal del área de la salud que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado y con la información recibida, acepto la aplicación de la vacuna contra el VPH, en tales condiciones.

**ACEPTO** \_\_\_\_\_ **NO ACEPTO** \_\_\_\_\_ Que se me aplique la vacuna.

Nombre del cuidador \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_

Nombre del Vacunador \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_

6

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen nuevos lineamientos para la aplicación de las vacunas contra la COVID-19"

**ANEXO 2**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-CoV-2/ COVID-19**

CIUDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

<b>DATOS DE IDENTIFICACION DE LA PERSONA</b>	
<b>NOMBRES:</b> _____	<b>APELLIDOS</b> _____
<b>TIPO DE IDENTIFICACION:</b> RC ___ TI ___ CC ___ CE ___ OTRO ___ <b>NUMERO</b> _____	
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b> DIA _____ MES _____ AÑO _____ <b>EDAD</b> _____ <b>AÑOS</b>	
<b>NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE</b> _____	
<b>MUJER EN ESTADO DE EMBARAZO SI</b> _____ <b>NO</b> _____ <b>NO APLICA</b> _____	

**INFORMACIÓN PREVIA.** La Vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades entre ellas. La difteria, el tétanos, la tos ferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a sí mismas y a quienes las rodean

La Vacunación contra el SARS- CoV-2/VOCID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad en esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación. Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y sufrió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

**DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA** (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)

<b>¿COMO SE APLICA?</b>	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del musculo deltoides)
<b>VACUNA Y DOSIS</b>	Nombre de la vacuna a aplicar _____ Primera dosis _____ segunda dosis _____ dosis única _____
<b>BENEFICIOS</b>	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados
<b>RIESGOS</b>	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia), fatiga (cansancio); resfriado, fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección inflamación; inflamación de los ganglios (infadenopafia); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas Estos no se presentan en todas las personas
<b>ALTERNATIVAS</b>	a la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la Vacunación para la prevención de la COVID.19.

**INFORMACION ESPECIFICA PARA GESTANTES**

Esta tiene aprobado el uso en mujeres gestantes desde la semana doce (12) y durante los cuarenta días postparto siempre que los posibles beneficios superen los posibles riesgos con base en la evaluación clínica realizada en conjunto por el médico tratante y la gestante.  
La vacuna que se le está administrando es eficaz para evitar complicaciones severas y muerte por SARS Cov-2 COVID-19 en la gestante, en el feto o neonato.  
A la fecha no hay pruebas que la vacuna cause efectos adversos diferentes a los observados en la población general importantes para la mujer embarazada, el feto o la placenta.  
A nivel poblacional son muchos mayores los beneficios de administrar el biológico sobre los riesgos de llegar a padecer COVID-19 durante la gestación, por el impacto que sobre la salud materna y prenatal produce la infección por SARS-Cov-2 y ante el alto riesgo de complicaciones severas ingreso a UCI, morbilidad y mortalidad materna y fetal asociada a esta enfermedad.  
Manifiesto que soy mujer con más de 12 semanas de gestación o que me encuentro dentro de los 40 días postparto y realice previamente la evaluación riesgo - beneficio junto con mi medico

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen nuevos lineamientos para la aplicación de las vacunas contra la COVID-19"

**EXPRESION DE LA VOLUNTAD**

De manera voluntaria después de haber recibido información por el personal de salud clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el laboratorio productor de la vacuna.

Entiendo que la suscripción de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad, y que NO tiene por objeto eximir de responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a las entidades que participaron en la aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2/COVID-19 de brindar la atención en salud que sea necesaria por la aparición de posibles reacciones adversas no reportadas

En consecuencia, decido **ACEPTAR:** \_\_\_ que se me aplique la vacuna **NO ACEPTAR:** \_\_\_ que se Me aplique la vacuna

**Firma de la persona:** \_\_\_\_\_

En caso de requerirse, identificación y firma del representante legal

Nombres: \_\_\_\_\_  
Apellidos: \_\_\_\_\_  
Tipo de identificación: -CC \_\_\_ CE \_\_\_ OTRO \_\_\_ **Número** \_\_\_\_\_  
**Firma** \_\_\_\_\_

En caso de requerirse firma a ruego:

En virtud de que la persona a vacunar: \_\_\_\_\_;  
Identificado(a) con CC \_\_\_ CE \_\_\_ OTRO \_\_\_ **Numero** \_\_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma  
\_\_\_\_\_ identificado (a) con CC \_\_\_ CE \_\_\_  
OTRO \_\_\_ **Numero** \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

 <b>Huella dactilar o plantar del rogado</b> C.C. _____	_____ <b>Firma del rogado</b> C.C. _____
<b>Nombres y apellidos del vacunador</b> _____ <b>Firma</b> _____	

Tipo de identificación: CC \_\_\_ CE \_\_\_ OTRO \_\_\_ **Numero** \_\_\_\_\_

<b>DATOS DE LA INSTITUCION</b>
<b>INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD (IPS)</b> _____
<b>DEPARTAMENTO / DISTRITO</b> _____ <b>MUNICIPIO:</b> _____

**Nota:** Los menores de edad deben firmar junto con uno de sus padres o su representante legal  
Tipos de documentos de identidad: RC: Registro Civil TI: Tarjeta de identidad CC: Cedula de ciudadanía CE: Cedula de extranjería

<b>El usuario manifiesta que requiere segunda dosis de refuerzo por recomendación medica</b>
<b>Firma de la persona:</b> _____

## DATOS DEL USUARIO

<b>FECHA DE VACUNACIÓN</b>		<i>DD</i>					<i>MM</i>					<i>AAAA</i>																
<b>T. ID</b>	PE	PA	CE	CC	TI	RC	AS	SC	CD	PT	(4) N° IDENTIFICACIÓN																	
<b>FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)</b>		<i>DD</i>			<i>MM</i>			<i>AAAA</i>			EDAD:		SEXO :	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>I</i>												
<b>PRIMER APELLIDO</b>										<b>SEGUNDO APELLIDO</b>																		
<b>NOMBRES</b>																												
<b>RÉGIMEN</b>										<b>ASEGURADORA</b>																		
<b>DEPTO RESIDENCIA</b>										<b>MUNICIPIO RESIDENCIA</b>																		
<b>ÁREA DE RESIDENCIA</b>										<b>BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA</b>																		
<b>DIRECCION</b>										<b>TELÉFONO</b>																		
<b>GRUPO ÉTNICO</b>										<b>CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO</b>					<i>SI</i>	<i>NO</i>												
<b>CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD</b>					<i>SI</i>					<i>NO</i>					<b>VICTIMA DEL COMFLICTO ARMADO</b>		<i>SI</i>	<i>NO</i>										
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>										<b>CONDICION DE USUARIA</b>					<i>GESTANTE</i>			<i>NO GESTANTE</i>										
<b>FECHA PROBABLE DE PARTO(DD/MM/AAAA)</b>										<b>TIPO POBLACIÓN</b>					12 a 15	16 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	80 y más						
<b>DOSIS APLICADA</b>										1 = Primera Dosis		2 = Segunda Dosis		3 = Única		4 = Refuerzo			<b>LABORATORIO BIOLÓGICO</b>					ASTRAZENECA	JANSSEN	MODERNA	PFIZER	SINOVAC
<b>LOTE BIOLÓGICO</b>										<b>JERINGA</b>																		
<b>LOTE JERINGA</b>										<b>NOMBRE DEL VACUNADOR</b>																		
<b>INSTITUCIONVACUNADORA</b>										<b>LOTE DILUYENTE</b>																		
<b>CÓDIGO PRESTADOR</b>										<b>NOMBRE_PRESTADOR</b>					Unidad de Servicios de Salud Laureles													
<b>CARNE DE VACUNACIÓN COVID19</b>					<i>SI</i>					<i>NO</i>					<b>NACIONALIDAD</b>			<i>COLOMBIANO(A)</i>		<i>EXTRANJERO(A)</i>								
<b>R-H</b>		O+	O-	A+	A-	B+	B-	AB+	AB-	NI	<b>IPS DE PARTO</b>																	
<b>CEDULA DE LA MADRE</b>										<b>NOMBRE DIGITADOR</b>																		
<b>NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE</b>										<b>NOMBRE DE LA JORNADA</b>																		
<b>EDAD GESTACIONAL DE NACIMIENTO</b>										<b>POBLACION - ESPECIAL</b>																		
<b>IPS DE PARTO</b>																												



Secretaría de Salud  
Subred Integrada de Servicios de Salud  
Sur Occidente E.S.E.

Versión: 1  
Fecha de aprobación: 26/03/2021  
Código: 06-02-FO-0007

## PUNTO VACUNACIÓN \_\_\_\_\_

**NOMBRE** \_\_\_\_\_

**DOCUMENTO** \_\_\_\_\_

**HORA DE VACUNACIÓN** \_\_\_\_\_



Secretaría de Salud  
Subred Integrada de Servicios de Salud  
Sur Occidente E.S.E.

## PUNTO VACUNACIÓN \_\_\_\_\_

¿Presento algun sintoma? Si \_\_\_ No \_\_\_ Cual \_\_\_\_\_

¿Se remite a urgencias? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Se entrega carnè y pieza informativa? Si \_\_\_ No \_\_\_

**Firma del usuario** \_\_\_\_\_