

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

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO – VPH -	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 _____

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

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)

¿COMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del musculo deltoides)
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar _____ Primera dosis _____ segunda dosis _____ dosis única _____
BENEFICIOS	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
RIESGOS	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
ALTERNATIVAS	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 _____

	
Huella dactilar o plantar del rogante C.C. _____	Firma del rogado C.C. _____
Nombres y apellidos del vacunador _____	
Firma _____	


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

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

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

DATOS DEL USUARIO

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



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 _____