

AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A LAS VACUNAS DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI

Nombre de la Institución: _____

Fecha: ___ / ___ / _____

Datos del niño, niña o adolescente:

Nombre completo: _____

Edad: _____

Tipo de documento: _____ Número de documento de identidad: _____

Dirección: _____ Barrio _____ Localidad: _____

Régimen: Contributivo () Subsubsidado () Otro _____ EPS: _____

Datos del padre, madre o acudiente:

Nombre completo: _____

Parentesco: _____

Documento de identidad: _____

Teléfono: _____

Información para los padres de familia o acudientes:

Este documento tiene como fin brindar información acerca de la jornada de vacunación, en donde se aplicarán las vacunas del Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI, de acuerdo a la edad y al antecedente vacunal del estudiante, entre ellas Sarampión Rubeola, Tosferina tetánico, y Virus de Papiloma Humano; esta última que ayuda a la prevención de algunos tipos de cáncer como: cuello uterino, orofaringe, ano, pene, vulva y vagina. Estas vacunas están avaladas por las autoridades de salud, son seguras, gratuitas y previenen enfermedades graves que son potencialmente mortales. ¡Protejamos la salud de los niños, niñas y adolescentes!

El personal de salud autorizado será el encargado de realizar la aplicación y el registro en el carné de vacunación.

Las vacunas pueden producir efectos secundarios leves y temporales como dolor en el lugar de aplicación, fiebre o malestar general, mareos, dolor de cabeza, por lo que se recomienda que después de la aplicación de la vacuna, la niña, el niño o adolescente permanezca sentado por lo menos durante 15 minutos posterior a la aplicación, cerca al personal de salud.

Declaro que:

1. He recibido información sobre el propósito, beneficios y posibles efectos secundarios de la vacunación.
2. Entiendo el procedimiento.
3. Autorizo la aplicación de las vacunas correspondientes a mi hijo(a) según el esquema PAI nacional vigente.

Autorizo la vacunación de mi hijo(a). Sí ___ No ___ Firma del padre, madre o acudiente: _____

AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A LAS VACUNAS DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI

Nombre de la Institución: _____

Fecha: ___ / ___ / _____

Datos del niño, niña o adolescente:

Nombre completo: _____

Edad: _____

Tipo de documento: _____ Número de documento de identidad: _____

Dirección: _____ Barrio _____ Localidad: _____

Régimen: Contributivo () Subsubsidado () Otro _____ EPS: _____

Datos del padre, madre o acudiente:

Nombre completo: _____

Parentesco: _____

Documento de identidad: _____

Teléfono: _____

Información para los padres de familia o acudientes:

Este documento tiene como fin brindar información acerca de la jornada de vacunación, en donde se aplicarán las vacunas del Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI, de acuerdo a la edad y al antecedente vacunal del estudiante, entre ellas Sarampión Rubeola, Tosferina tetánico, y Virus de Papiloma Humano; esta última que ayuda a la prevención de algunos tipos de cáncer como: cuello uterino, orofaringe, ano, pene, vulva y vagina. Estas vacunas están avaladas por las autoridades de salud, son seguras, gratuitas y previenen enfermedades graves que son potencialmente mortales. ¡Protejamos la salud de los niños, niñas y adolescentes!

El personal de salud autorizado será el encargado de realizar la aplicación y el registro en el carné de vacunación.

Las vacunas pueden producir efectos secundarios leves y temporales como dolor en el lugar de aplicación, fiebre o malestar general, mareos, dolor de cabeza, por lo que se recomienda que después de la aplicación de la vacuna, la niña, el niño o adolescente permanezca sentado por lo menos durante 15 minutos posterior a la aplicación, cerca al personal de salud.

Declaro que:

1. He recibido información sobre el propósito, beneficios y posibles efectos secundarios de la vacunación.
2. Entiendo el procedimiento.
3. Autorizo la aplicación de las vacunas correspondientes a mi hijo(a) según el esquema PAI nacional vigente.

Autorizo la vacunación de mi hijo(a). Sí ___ No ___ Firma del padre, madre o acudiente: _____