



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

Código: CI-VAC-01

Versión: 01

Página: 1 de 3

CIUDAD _____ FECHA: DÍA _____ MES _____ AÑO _____ HORA: _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA

NOMBRES _____ APELLIDOS _____
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC _ TI _ CC _ CE _ OTRO _ NÚMERO _____
FECHA DE NACIMIENTO DÍA _____ MES _____ AÑO _____ EDAD _____ años
NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE _____

ENTREVISTA PARA VERIFICAR CONDICIONES DE SALUD	SI	NO	NA
Tiene alergia al polietilenglicol (laxante) y/o polisorbato o vacunas aplicadas anteriormente			
Padece de trastorno hemorrágico o en la actualidad esta recibiendo terapia anticoagulante			
Se encuentra en estado de embarazo o cree estarlo			
Ha sido diagnosticado con COVID 19 por PCR			
Se ha vacunado en los últimos días			
Ha presentado fiebre o sintomatología respiratoria en las ultimas 72 horas			
Recibe tratamiento con inmunosupresores por alguna enfermedad			
Ha recibido transfusión sanguínea o tratamiento con plasma contra COVID-19 en los últimos 3 meses			
*Usted sufre de alergias			
En caso de ser alérgica, registre el tipo: *(no contraindica vacunación)			

NA: No aplica

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

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. En conjunto, estas vacunas salvan cada año millones de vidas en el mundo. 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/COVID-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 surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.



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

Código: CI-VAC-01

Versión: 01

Página: 2 de 3

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

VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar _____ Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis _____ ó dosis única _____
¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
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 de los ganglios (linfadenopatía); 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.

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, después de haber recibido información por el personal de salud, de manera 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 : _____

Huella (en caso de que no sepa o no pueda firmar)



Razón por la que no firma: _____



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

Código: CI-VAC-01

Versión: 01

Página: 3 de 3

REPRESENTANTE LEGAL

En caso de requerirse, identificación y firma de quien tiene la patria potestad, la representación legal o la custodia:

Nombres _____ Apellidos _____

Tipo de Identificación: RC__ TI__ CC__ CE__ OTRO__ Número _____

Firma _____

IDENTIFICACIÓN Y FIRMA DEL VACUNADOR

Nombres _____ Apellidos _____

Tipo de Identificación: RC__ TI__ CC__ CE__ OTRO__ Número _____ de _____

Firma _____

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): Fundación Abood Shaio

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Cundinamarca MUNICIPIO: Bogotá

Nota: Cuando se trate de menores entre 16 y 18 años, deberá firmar el menor junto con unos de sus padres o su representante legal

Tipos de documentos de identidad: RC: Registro Civil, TI: Tarjeta de Identidad, CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería

REGISTRO DE VACUNA

Vacuna COVID-19	
Fecha de aplicación	Día ____ MES ____ Año ____
Hora de aplicación	____ am ____ pm
Lote Número	
Dosis	Primera ____ Secunda ____ Dosis única ____
Hora de apertura de Vial	____ am ____ pm