



INSTITUCIÓN EDUCATIVA SUÁREZ DE LA PRESENTACIÓN  
BELLO

COMUNICADO N°06



SC 3432-1

DE: Rectoría  
A: Padres de familia  
FECHA: 2022/04/20  
ASUNTO: JORNADA NACIONAL DE VACUNACION COVID 19.

Estimados padres:

Cordial saludo

La Institución Educativa Suárez de la Presentación informa que Bellosalud llevará a cabo una Jornada de Vacunación en nuestra institución, la información va relacionada a continuación:

FECHA: abril 28 de 2022  
HORA: 08:30 A.M – 04:00 P.M

Los biológicos que se llevarán a la jornada acordada serán los siguientes:

- SINOVAC PRIMERAS DOSIS A NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS, SEGUNDAS DOSIS A TODA LA POBLACION QUE LO REQUIERA.
- JANSSEN PRIMERAS DOSIS A MAYORES DE 18 AÑOS Y TERCERAS DOSIS A PERSONAS QUE YA CUMPLAN LOS 4 MESES Y QUE TENGA APLICADAS ASTRAZENECA, PFIZER, SINOVAC, JANSSEN.
- PFIZER PRIMERAS DOSIS A MENORES DE 12 A 17 AÑOS, GESTANTES Y SEGUNDAS DOSIS A TODA LA POBLACION QUE LO REQUIERA Y REFUERZOS A MENORES DE 12 A 17 AÑOS.

Los padres de familia deberán diligenciar los formatos anexos; los cuales serán tenidos en cuenta para aplicar las respectivas dosis. Para refuerzos de la segunda y tercera dosis los estudiantes deberán presentar: el consentimiento - cédula y dirección de domicilio, carnet de vacunas y documento de identidad.

Durante el día 28 de abril, los acudientes deberán presentar los documentos solicitados y también se vacunarán padres de familia y profesores dentro de la jornada.

La Institución Educativa comparte toda la información enviada por Bellosalud, para que esta jornada sea un verdadero éxito. Por favor leer detalladamente este documento.

Atentamente,

**HNA. AMPARO SANTAMARIA ORTIZ**  
Rectora



La salud  
es de todos

Minsalud

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

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 \_\_\_\_\_

### 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.

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

<b>VACUNA Y DOSIS</b>	Nombre de la vacuna a aplicar _____ Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis ____ o dosis única ____
<b>CÓMO SE APLICA</b>	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
<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 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.
<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.

### 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

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



La salud  
es de todos

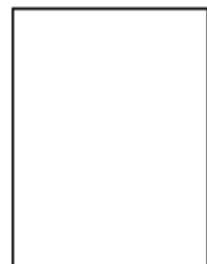
Minsalud

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: \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

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): \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO/DISTRITO: \_\_\_\_\_ MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

**Nota:** Cuando se trate de menores de edad, deberá firmar el menor junto con la persona que tiene la patria potestad, la representación legal o la custodia. La persona que no pueda o no sepa firmar podrá acudir a la firma a ruego, en los términos de ley.

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