

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LAS VACUNAS CONTEMPLADAS EN EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION**

YO, \_\_\_\_\_ identificado(a) con cédula de ciudadanía \_\_\_\_\_ como persona mayor de edad, y con pleno conocimiento de la información suministrada por la vacunadora, autorizo a la Secretaría de Salud de Envigado en desarrollo del operador Ascodes, para vacunar con alguna de las vacunas contempladas en el esquema de vacunación colombiano y acorde a su edad **Influenza (Antigripal) o Sarampión y Rubeola** con el objetivo de dejar al día su esquema. A mi hija(o) \_\_\_\_\_, dentro del **Programa Ampliado de Inmunización**.

DATOS DE LA USUARIA(O)				
Nombres		Apellido 1		Apellido 2
Departamento de nacimiento		Municipio de nacimiento		Fecha de nacimiento
Institución de nacimiento				
Documento de Identidad		EPS o SISBEN		Edad(años)
Nombre del Plantel Educativo				
DATOS DEL MADRE, PADRE O RESPONSABLE QUE FIRMA LA AUTORIZACIÓN				
Nombres		Apellido 1		Apellido 2
Documento de Identidad		Dirección		Barrio
Padre	Madre	Responsable	Teléfono fijo	Teléfono celular

**ESPECIFICACIONES:**

**Nombre del procedimiento:** Vacunación del Virus del Papiloma Humano, Sarampión y Rubeola o Toxoide Tetánico y Diftérico. Las vacunas son medicamentos que se obtienen a través de microorganismos y que fueron creadas para intentar evitar enfermedades infectocontagiosas de manera preventiva. Su aplicación, tiene como propósito generar inmunidad activa y duradera contra una enfermedad, estimulando la producción de defensas.

**Descripción del procedimiento:** Consiste en introducir en el organismo un agente (bacteria, virus, molécula etc.), desprovisto de patogenicidad, pero que conserva su inmunogenicidad (su capacidad de inducir una respuesta inmune). Cuando el sistema inmune vuelva a tener contacto con el agente patógeno, será capaz de defenderse y proteger así a la persona vacunada contra la enfermedad.

**Técnica de realización:** Consiste en la introducción de la vacuna al organismo, por la vía intramuscular.

**Riesgos de no aplicar la vacuna:** Desarrollar cualquiera de las enfermedades de interés en salud pública la enfermedad del Cáncer de Cuello uterino, Sarampión, Rubeola congénita o Tétanos Neonatal

\_\_\_\_\_  
Firma de la madre, padre o responsable

\_\_\_\_\_  
Dia \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_