



UNISALUD
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

CIRCULAR 07 DE 2022
(07 DE OCTUBRE)

DE: JEFATURA DE DIVISIÓN DE SEDE MANIZALES

PARA: AFILIADOS A UNISALUD, SEDE MANIZALES

ASUNTO: PROCESO DE VACUNACIÓN CONTRA COVID-19 Y DILIGENCIAMIENTO DE DESISTIMIENTO PARA NO INTERESADOS EN VACUNARSE.

De acuerdo a los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaría de Salud Pública de Manizales, frente a la situación actual de vacunación contra la covid-19, Unisalud invita a los afiliados interesados en vacunarse, a visitar el enlace <https://manizallessalud.net/agendamiento/> actualizado diariamente con los puntos de inmunización habilitados, y/o a comunicarse con la Unidad a través de los siguientes canales:

Tel.: 606 8879040
Ext. 53105-53106-53107

Correo:
fypunisa_man@unal.edu.co

En el mismo sentido y teniendo en cuenta el derecho a la libre elección de nuestros afiliados, se solicita la colaboración de todos los usuarios que no se han vacunado contra la covid-19 y que no están interesados en recibir la dosis de refuerzo, a diligenciar el desistimiento informado (adjunto) y enviarlo al correo fypunisa_man@unal.edu.co o entregarlo en las instalaciones de Unisalud, sede Manizales.

Es importante aclarar que la firma del desistimiento de vacunación no afectará la prestación de servicios de salud en caso de que el afiliado presente infección por covid-19. Asimismo, si cambia de opinión frente a la vacuna, podrá solicitar su aplicación en cualquier momento y punto de vacunación dispuesto en la ciudad, pues el formato de desistimiento perderá sus efectos.

Para finalizar, compartimos el enlace del aplicativo para reporte de síntomas asociados a infección respiratoria aguda <https://unisalud.unal.edu.co/Aplicativo-sospecha-COVID-19> y el video tutorial con el paso a paso para su acceso y diligenciamiento <https://youtu.be/3UpwRuqvRfQ>

Agradecemos a los usuarios e interesados por la aplicación de las disposiciones expuestas.

HENRY GARCÍA
JEFE DE DIVISIÓN
UNISALUD, SEDE MANIZALES.



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. 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)

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo 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 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.

INFORMACION ESPECIFICA PARA GESTANTES

La vacuna tiene aprobado el uso en mujeres gestantes desde la semana doce (12) y durante los 40 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, lo cual deberá presentar al momento de la vacunación certificación que acredite tal evaluación.

La vacuna que se le está administrando es eficaz para evitar complicaciones severas y muerte en la gestante y en el feto por SARS CoV-2 COVID-19.

A la fecha no hay pruebas que la vacuna cause efectos adversos importantes para la mujer embarazada, el feto o la placenta, además de los ya observados para la población general.

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 perinatal produce la infección por SARS-CoV-2 y ante el alto riesgo de complicaciones severas, ingreso a UCI, y morbilidad y mortalidad materna y fetal asociada a esta enfermedad.



EXPRESIÓN 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.

Soy mujer con más de 12 semanas de gestación o durante los 40 días postparto: si no y en caso afirmativo aporto certificación del médico tratante que acredita evaluación clínica para que obre adjunto a este consentimiento, requisito indispensable para recibir la vacuna.

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 C.C. __ C.E. __ OTRO _____ Número _____ de _____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma _____ identificado(a) con C.C. __ C.E. __ OTRO __ número _____ de _____.



Huella dactilar o plantar del rogante

C.C. _____

Firma del rogado

C.C. _____

Nombres y apellidos del vacunador _____

Firma _____

Tipo de Identificación: -CC__ CE__ OTRO__ Número _____

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

Nota 1: Los menores de edad a partir de 12 años deben firmar junto con uno de sus padres o su representante legal.

Nota 2: Para los menores de 12 años deben firmar sus padres o su representante legal.