

Fecha: DD / MES / AÑO

Vacuna: Primera dosis__ Segunda dosis__

Nombre: _____ **Apellidos:** _____

Número de documento: _____ **Lugar de expedición:** _____ **Años:** _____

Fecha de nacimiento: DD / MES / AÑO **Lugar de nacimiento:** _____

Departamento/ Municipio: _____ **Sexo:** _____ **Orientación sexual:** _____

Régimen: _____ *** EPS:** _____

Etnia: _____ *** RH:** _____

Lugar de residencia: _____ **Departamento/ Municipio:** _____

Localidad: _____ **Barrio:** _____

Dirección: _____ **Teléfono:** _____

Celular: _____ **Correo electrónico:** _____

Enfermedades: _____ **Autoriza:** _____

Marcar con una "X":

Cotizante: __ **Beneficiario:** __

Servicio donde labora: _____

Perfil u ocupación: _____

Grupo Poblacional, Sí o No

Habitante de Calle: Sí__ No__ Madre comunitaria: Sí__ No__ Artista, autor o compositor: Sí__ No__

Población en centro psiquiátrico: Sí__ No__ Población en centro carcelario: Sí__ No__ Cabeza de familia: Sí__ No__

Mujer lactante: Sí__ No__ Trabajador/a sexual: Sí__ No__ Persona consumidora de sustancias psicoactivas: Sí__ No__

Desvinculado de grupo armado: Sí__ No__ Persona con talento excepcional: Sí__ No__ Persona de talla baja: Sí__ No__

Ninguna _____

**¿Ha sido diagnosticado con COVID-19?,
marcar Sí o No**

No__ Sí__ ¿Hace cuánto tiempo? _ _ _ _ _

Marcar Sí o No

Desplazado Sí__ No__ Víctima del conflicto armado Sí__ No__

Discapacitado Sí__ No__ Estudia actualmente: Sí__ ¿Dónde? _ _ _ _ _
No__

**¿Sufre o ha sufrido algún evento o enfermedad que contraindique la vacunación?,
marcar Sí o No**

Anafilaxia o hipersensibilidad al huevo: Sí__ No__ Cáncer: Sí__ No__ Enfermedad autoinmune: Sí__ No__

Enfermedad congénita Inmunológica: Sí__ No__ Enfermedad neurológica degenerativa: Sí__ No__

Gestante: Sí__ No__ Hipersensibilidad a los Aminoglucósidos: Sí__ No__ Inmunocomprometido: Sí__ No__

Malformación del aparato gastrointestinal: Sí__ No__ Neoplasias: Sí__ No__ Varicela: Sí__ No__

Transfusiones de derivados sanguíneos o inmunoglobulina: Sí__ No__ **Ninguna** _____

**¿Ha presentado reacción moderada o severa a biológicos anteriores?,
marcar Sí o No**

Convulsiones: Sí__ No__ Dificultad respiratoria: Sí__ No__ Dolor local: Sí__ No__ Dolor muscular: Sí__ No__

Edema: Sí__ No__ Encefalitis: Sí__ No__ Hipotonía: Sí__ No__ Linfadenitis: Sí__ No__ Llanto persistente: Sí__ No__

Parálisis flácida: Sí__ No__ Shock anafiláctico: Sí__ No__ Síndrome de Guillain Barré: Sí__ No__

Temperatura mayor 40° C: Sí__ No__ Urticaria: Sí__ No__ Varicela: Sí__ No__ **Ninguna** _____

Condición de la Mujer, marcar Sí o No

Gestante: Sí__ No__ En edad fértil: Sí__ No__ Mayor de 50 años: Sí__ No__

Condición de salud, marcar Sí o No

Hipertensión arterial: Sí__ No__ Diabetes: Sí__ No__ Obesidad: Sí__ No__ Asma: Sí__ No__ VIH: Sí__ No__

Tuberculosis: Sí__ No__ Cáncer: Sí__ No__ EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica): Sí__ No__