



UNISALUD
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

CIRCULAR 09 DE 2021
(28 DE MAYO)

DE: DIRECCIÓN DE SEDE BOGOTÁ

PARA: AFILIADOS A UNISALUD SEDE BOGOTÁ

ASUNTO: PROCESO DE VACUNACIÓN Y AGENDAMIENTO SEMANA 31 DE MAYO AL 04 DE JUNIO DE 2021, ETAPAS 01, 02 Y 03.

Unisalud, sede Bogotá, informa que la vacunación contra COVID-19 para la semana del 31 de mayo al 04 de junio, se realizará así:

Por favor preste mucha atención a las categorías, la forma en que debe agendarse y presentarse:

- **Población de 55 a 59 años, primera dosis:** pueden autoagendarse a través del aplicativo <https://unisalud.unal.edu.co/agendamiento>
- **Población de 50 a 54 años, primera dosis. Debe contar con priorización en Mi Vacuna:** el agendamiento lo realizarán los colaboradores de Unisalud, quienes se comunicarán con los usuarios para la confirmación de la cita.

Esta población debe tener en cuenta que para la vacunación, es requisito presentar el pantallazo de la priorización de Mi Vacuna <https://mivacuna.sispro.gov.co/MiVacuna/Account/Login> y que este muestre de manera clara y legible nombre, número de cédula y etapa (03) del usuario.

- **Población mayor de 60 años, segundas dosis Pfizer y Sinovac:** el agendamiento lo realizarán los colaboradores de Unisalud, quienes se comunicarán con los usuarios para la confirmación de la cita.
- **Población mayor de 60 años que no han iniciado su esquema de vacunación:** el agendamiento lo realizarán los colaboradores de Unisalud, quienes se comunicarán con los usuarios para la confirmación de la cita.

Para finalizar, solicitamos a toda la población que asistirá, según lo indicado previamente, presentar los formatos de:

Consentimiento informado:

<https://unisalud.unal.edu.co/Fileadmin/archivos/Consentimiento%20Informado%20Minsalud.pdf>

Formulario de datos:

[https://unisalud.unal.edu.co/fileadmin/archivos/Formulario%20datos%20vacunacion%20V5%2013.04.2021%20\(2\).PDF](https://unisalud.unal.edu.co/fileadmin/archivos/Formulario%20datos%20vacunacion%20V5%2013.04.2021%20(2).PDF)

Diligenciados y firmados, con el ánimo de agilizar su proceso de vacunación.

Agradecemos a todos la comprensión y cumplimiento de las disposiciones establecidas por Unisalud. Solo esto nos garantiza el orden y éxito de las jornadas.

LUZ MIREYA CRUZ BLANCO
DIRECTORA
UNISALUD, SEDE BOGOTÁ.



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)

VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar _____ Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis _____ o 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

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

Fecha: DD / MES / AÑO

Unisalud
Unidad de Servicios de Salud



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__