



UNISALUD
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

CIRCULAR 18 DE 2021
(11 DE JUNIO)

DE: JEFATURA DE DIVISIÓN SEDE PALMIRA

PARA: AFILIADOS A UNISALUD SEDE PALMIRA

ASUNTO: JORNADA DE VACUNACIÓN CONTRA COVID-19, POR DEMANDA ESPONTÁNEA, PARA PERSONAS MAYORES DE 50 AÑOS Y DE 16 A 49 AÑOS CON COMORBILIDADES (PRIORIZADOS EN MI VACUNA) PUNTO DE CHRISTUS SINERGIA

La Unidad de Servicios de Salud - UNISALUD, sede Palmira, informa a la comunidad afiliada mayor de 50 años y de 16 a 49 años con comorbilidades que se encuentren priorizados en "Mi Vacuna", que la vacunación contra COVID-19 se estará realizando este fin de semana por demanda espontánea (sin agendamiento).

Teniendo en cuenta lo anterior, los afiliados pueden presentarse directamente en los puntos de vacunación de **CHRISTUS SINERGIA**.

EN PALMIRA:

- ✓ Carpa Clínica Palma Real
- ✓ Imder - Instituto Municipal del Deporte y la Recreación

Horario de Atención: de 8:00 a.m. a 3:00 p.m. Jornada continua
Sábado, domingo y lunes festivo.

EN CALI:

- ✓ Centro Comercial Centro Sur Plaza (Sede Christus Sinergia)
Calle 9 # 32 A - 16, Piso 3

Horario de Atención: de 8:00 a.m. a 3:00 p.m. Jornada continua
Sábado y domingo (**lunes festivo NO**)

Fecha límite: sujeta a disponibilidad de vacunas.

ATENCIÓN:

Acercarse a los puntos de la entidad vacunadora **Christus Sinergia** aplica también para usuarios mayores de 55 años que hasta el momento no hayan recibido su vacuna primera y/o segunda dosis.

Si presentan algún inconveniente para la aplicación de la vacuna, por favor informar a Unisalud para ponernos en contacto con usted.

Agradecemos enviar a Unisalud la foto del carnet de vacunación por ambos lados de primeras y/o segundas dosis a los siguientes correos electrónicos:

unisalud_pal@unal.edu.co y arfoproso_pal@unal.edu.co.

Esta información es de suma importancia para validar el proceso, realizar seguimiento y reporte estadístico de nuestra población vacunada.

Invitamos a toda la comunidad a continuar y reforzar las medidas de autocuidado en sus entornos personales, familiares y laborales para prevenir el COVID-19.

Se anexa el consentimiento y/o desistimiento.

Cordialmente,

VICTORIA EUGENIA GAVIRIA DURÁN
JEFE UNISALUD (E)
SEDE PALMIRA



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

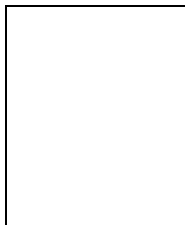
Minsalud

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