



## COLEGIO DE LA UNIVERSIDAD LIBRE

“Hacia un proyecto de vida con compromiso social”



Bogotá, abril 26 de 2022

CIRCULAR N° 020/2022

DE: RECTORÍA

PARA: PADRES DE FAMILIA/ACUDIENTES

ASUNTO: JORNADA DE VACUNACIÓN- SECRETARÍA DE SALUD

Respetados Padres de Familia / Acudientes. Reciban un cordial saludo.

De manera comedida les informamos que el Colegio ha sido priorizado por las Secretarías de Salud y de Educación para realizar una jornada de vacunación el día 12 de mayo de 2022 en nuestras Instalaciones en horario de 8:00 am a 1:00 pm. El objetivo de la jornada es iniciar, completar o terminar los esquemas de vacunación de manera oportuna.

A continuación, la información remitida por la Secretaría de Salud para tener en cuenta:

*Se vacunarán los estudiantes entre 1 y 11 años de edad con una dosis o dosis adicional de la vacuna para rubéola y sarampión dependiendo el caso particular del estudiante.*

**BIOLÓGICOS QUE SE APLICARÁN:**

**VACUNACIÓN COVID 19**

*SINOVAC 1 y 2 dosis población de niños entre los 3 A 11 AÑOS, 2 dosis mayores de 3 años y REFUERZO para la población general mayor de 18 años El Refuerzo, sólo se aplicará después de 4 meses de la segunda dosis aplicada.*

*PFIZER para 1 y 2 dosis jóvenes de 12 a 17 años, refuerzo población mayores de 12 años y mujeres en estado de gestación mayor a 12 semanas. El Refuerzo, sólo se aplicará después de 4 meses de la segunda dosis aplicada.*

*JANSSEN Única dosis, y refuerzos mayores de 18 años 4 meses del inicio del esquema*

*MODERNA para 1 y 2 dosis jóvenes de 12 a 17 años, refuerzo población mayores de 12 años. El Refuerzo, sólo se aplicará después de 4 meses de la segunda dosis aplicada*

Para PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones) REGULAR SE CUENTA CON :

SARAMPIÓN Y RUBÉOLA

PENTAVALENTE

Y TODO EL ESQUEMA PRIMARIO DE 2 MESES A 5 AÑOS Y VPH (virus del papiloma humano) PARA LAS NIÑAS DE 9 A 17

NEUMOCOCO

TRIPLE VIRAL

REQUISITOS:

1. Todos los niños deben traer el carné original de vacunas
2. Enviar al **Director de Curso a más tardar el lunes 9 de mayo** el formato de autorización y al respaldo poner los siguientes datos: nombres y apellidos completos del estudiante, RH, dirección de residencia, un segundo número de contacto y la EPS a la cual está afiliado. al **Director de Curso a más tardar el lunes 9 de mayo.**

*Tener en cuenta que, si el formato de autorización no tiene estos datos completos, no se podrá vacunar el estudiante.*

*Nota: los niños y niñas que han presentado alergia al huevo se recomienda no vacunarlos, sin embargo, es importante aclarar que si no han presentado ninguna reacción al consumir alimentos que contengan huevo como: arepa, pan, galletas etc. no tendrán ningún inconveniente para vacunarse.*

*Dentro de las reacciones esperadas dentro de las primeras 24 horas por la vacuna de Sarampión Rubeola, están:*

*-Dolor leve y sensibilidad en el sitio de la inyección, la mayoría de los casos se resuelve espontáneamente dentro de 2 o 3 días sin la necesidad de atención médica.*

*-En pocos casos puede presentar una erupción cutánea permaneciendo 2 días y desaparece por si sola.*

Cordialmente

MARLENE BELTRÁN PRIETO

Rectoría

A circular stamp from the Colegio de la Universidad Libre is partially visible behind the signature. The stamp contains the text 'COLEGIO DE LA UNIVERSIDAD LIBRE' and 'CENTRO EDUCACIONAL'. The signature is in black ink and reads 'Marlene Beltrán Prieto'.

CIUDAD \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ PUNTO DE VACUNACIÓN \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ mayor de edad, identificado con Cédula de Ciudadanía número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ como adulto responsable del niño (a): \_\_\_\_\_ con tipo de documento ( ) y número de identificación \_\_\_\_\_ autorizo al profesional de Enfermería \_\_\_\_\_ para la administración de la vacuna solicitada (selecciones con una x):

Recien Nacidos	6 Meses de edad	5 años de edad
BCG	Antipolio	Antipolio
Hepatitis B	Penta (DPT, HB, Hib)	DPT
<b>2 Meses de edad</b>		
Penta (DPT, HB, Hib)	DPT Acelular, HB, VIP	Triple viral
Neumococo	DPT Acelular, HB, HIB, VIP	DPT Acelular, HB, VIP
Rotavirus	DPT Acelular, VIP	DPT Acelular, HB, HIB, VIP
Polio Inyectable (VIP)	Rotavirus	DPT Acelular, VIP
DPT Acelular, HB, VIP	TD Pediátrico	Varicela + Triple Viral
DPT Acelular, HB, HIB, VIP	DPT Acelular Pediátrica	TD Pediátrico
DPT Acelular, VIP	<b>12 Meses de edad</b>	
Rotavirus	Hepatitis A	Influenza
TD Pediátrico	Triple viral	
DPT Acelular Pediátrica	Fiebre amarilla	
Polio Inactivado (VIP - ID)		
<b>4 Meses de edad</b>		
Antipolio	Neumococo	
Penta (DPT, HB, Hib)	Varicela + Triple Viral	
Neumococo	Varicela + Triple Viral	
Rotavirus		
DPT Acelular, HB, VIP	<b>18 Meses de edad</b>	
DPT Acelular, HB, HIB, VIP	Antipolio	
DPT Acelular, VIP	DPT	
Rotavirus	DPT Acelular, HB, VIP	
TD Pediátrico	DPT Acelular, HB, HIB, VIP	
DPT Acelular Pediátrica	DPT Acelular, VIP	
Polio Inactivado (VIP - ID)	TD Pediátrico	
	DPT Acelular Pediátrica	

Vacuna	Dosis	Selección
Varicela	Primera dosis	
Varicela	Primer refuerzo	
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis	
Hepatitis A, Hepatitis B	Segunda dosis	
Hepatitis A, Hepatitis B	Tercera dosis	
Meningococo Coniugado	Única	
Meningococo Coniugado	Primera dosis	
Meningococo Coniugado	Segunda dosis	
Meningococo Coniugado	Tercera dosis	
Meningococo Coniugado	Primer refuerzo	
Sarampión y Rubéola	Única	
Sarampión y Rubéola	Adicional	
AH1N1	Primera dosis	
AH1N1	Segunda dosis	
AH1N1	Primera dosis	
Anti - Rábica	Primera dosis	
Anti - Rábica	Segunda dosis	
Anti - Rábica	Tercera dosis	
Anti - Rábica	Cuarta dosis	
Anti - Rábica	Quinta dosis	
Fiebre tifoidea	Primera dosis	
Fiebre tifoidea	Segunda dosis	
VPH Bivalente	Primera dosis	
VPH Bivalente	Segunda dosis	
VPH Bivalente	Tercera dosis	
Neumo Polisacárido	Primera dosis	
Neumo Polisacárido	Primer refuerzo	
DPT Acelular, HiB, VIP	Adicional	
DPT Acelular, HB, HiB	Adicional	
Meningococo	Única	
Meningococo	Primera dosis	
Meningococo	Segunda dosis	
VPH Tetravalente	Primera dosis	
VPH Tetravalente	Segunda dosis	
VPH Tetravalente	Tercera dosis	
Inmunoglobulina	Única	
Inmunoglobulina	Única	
Inmunoglobulina Antihepatitis B Homologa (Humano)	Única	
Inmunoglobulina Antihepatitis B Homologa (Humano)	Única	
Inmunoglobulina Antitetánica Homóloga (Humano)	Única	
Inmunoglobulina Antitetánica Homóloga (Humano)	Única	
Antitoxina Difterica Origen Heteróloga (Animal)	Única	
Antitoxina Difterica Origen Heteróloga (Animal)	Única	
VPH Nona Valente	Primera dosis	
VPH Nona Valente	Segunda dosis	
VPH Nona Valente	Tercera dosis	

**Riesgos**

Las vacunas pueden causar efectos secundarios, como cualquier medicamento.

La mayoría de las reacciones a las vacunas son leves: sensibilidad, enrojecimiento o hinchazón donde se administró la inyección; o fiebre leve. Estas se producen en alrededor 1 de cada 4 niños. Aparecen inmediatamente después de administrar la inyección y desaparecen en el término de uno o dos días.

**Otras reacciones:**

- Vacuna DTaP:** Problemas leves: Molestias, cansancio o falta de apetito, vómitos. Problemas moderados: Convulsiones, llanto continuo durante 3 horas o más.
- Vacuna antineumocócica:** molestias o somnolencia o pérdida del apetito.
- Vacuna contra el rotavirus:** Problemas leves: irritabilidad, diarrea o vómitos leves temporales. Esto ocurre en el término de la primera semana después de recibir una dosis de la vacuna. Problemas graves: invaginación intestinal.
- FIEBRE AMARILLA:** dolor de cabeza, dolor en los músculos y fiebre.
- VPH:** Dolor, enrojecimiento, fiebre, náuseas, desmayos.

Declaro que he sido informado (a), plenamente sobre el procedimiento a realizar, los beneficios, riesgos, la preparación previa y las posibles complicaciones del procedimiento que se me han descrito y que me fueron aclaradas todas mis dudas proporcionándome el tiempo suficiente para ello.

Tomando todo ello en consideración, **OTORGO** mi **CONSENTIMIENTO** para realización del procedimiento y firmo a continuación:

**Firma del responsable del paciente**

\_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

**Firma y sello del profesional de la salud**

\_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-CoV-2/ COVID-19

CIUDAD \_\_\_\_\_ FECHA: DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

<b>DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA</b>	
NOMBRES _____	APELLIDOS _____
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ___ TI ___ CC ___ CE ___ OTRO ___ NÚMERO _____	
FECHA DE NACIMIENTO DÍA _____ MES _____ AÑO _____	EDAD _____ AÑOS
NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE _____	
MUJER EN ESTADO DE EMBARAZO	SI _____ NO _____ NO APLICA _____

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)

<b>¿CÓMO SE APLICA?</b>	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
<b>VACUNA Y DOSIS</b>	Nombre de la vacuna a aplicar _____ Primera dosis _____ segunda dosis _____ dosis única _____
<b>BENEFICIOS</b>	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.
<b>RIESGOS</b>	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.
<b>ALTERNATIVAS</b>	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**

Esta 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.

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

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

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, morbilidad y mortalidad materna y fetal asociada a esta enfermedad.

Manifiesto que soy mujer con más de 12 semanas de gestación o que me encuentro dentro de los 40 días postparto y realicé previamente la evaluación riesgo – beneficio junto con mi médico.



### 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.

En consecuencia, decido **ACEPTAR**: \_\_\_ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR**: \_\_\_ que se me aplique la vacuna.

**Firma de la persona:** \_\_\_\_\_

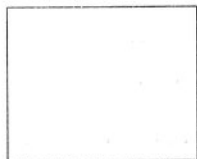
En caso de requerirse, identificación y firma del representante legal:

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 \_\_\_\_\_

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

**Nota:** Los menores de edad deben firmar junto con uno de sus padres o su representante legal.

**Tipos de documentos de identidad:** RC: Registro Civil, TI: Tarjeta de Identidad, CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería