MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMATO DE RECHAZO A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

Direccion Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmuniaciones
Marzo 01 de 2017

Municipio _____ **IPS vacunadora** _____

He sido informado de lo que es la fiebre amarilla y el riesgo que implica esta enfermedad tanto para mi, como para las personas que estan a mi alrededor. Me informaron que es necesario vacunarme ya que es la unica manera de prevenir el contagio, pero a pesar de conocer esta información ME NIEGO A QUE ME VACUNEN O QUE VACUNEN A MI HIJO MENOR DE EDAD.

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y apellidos completos	Tipo de identificación	Número de documento de identidad	Edad		Dirección de residencia (Nomenclatura, vereda, finca etc)	EAPB	Motivo por el cual decide que no lo vacunen contra la fiebre amarilla	Firma	Nombre del encuestador o vacunador que lo atendió.
					Años	Meses					
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											