*Este texto en azul orienta a los equipos de trabajo encargados de la preparación del documento, y por tanto debe ser eliminado de la versión oficial del documento.*

***SUBDIRECCIÓN LOCAL:*** *escriba el nombre de la Subdirección Local\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***UNIDAD OPERATIVA:*** *escriba el nombre de la Unidad Operativa\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***SERVICIO SOCIAL:*** *escriba el nombre del servicio social que atiende al participante\_****\_\_\_***

***“El Programa Ampliado de Inmunización tiene como objeto la erradicación, eliminación o control de enfermedades prevenibles por vacunas.*”**

Como adulto responsable y conociendo los beneficios que aporta la vacunación, autorizo **SI** \_\_\_\_\_ , **NO**\_\_\_\_\_ *(marque SI o NO de acuerdo a su decisión)*la aplicación del esquema de vacunación.

En caso de **No** autorizar, indique el/los motivo/s de esta decisión:

*escriba el/los motivos por los cuales NO autoriza su vacunación*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOTA: Madres gestantes, mujeres en edad fértil (MEF), población adulta y personas mayores, tenga presente:**

1. Durante la vacunación se usarán vacunas que cumplen los requisitos de calidad y seguridad de acuerdo con las normas vigentes.

2. Algunas vacunas aplicadas pueden ocasionar reacciones leves como dolor en el sitio de la inyección, hinchazón, enrojecimiento y/o malestar general.

Nombre completo del participante (madre gestante, mujer en edad fértil- MEF, población adulta o persona mayor): *escriba los nombres y apellidos del participante*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CC *registre el número del documento de identidad del participante*

Nombre completo del cuidador (para los casos que aplique): *escriba los nombres y apellidos del cuidador del participante*  CC *registre el número del documento de identidad del cuidador del participante*

Fecha de nacimiento del participante: *registre la fecha de nacimiento del participante \_\_\_\_* Edad: *registre los años y meses cumplidos del participante*

Aseguradora: *escriba la eps a la que pertenece el participante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Régimen: Contributivo \_\_\_ Subsidiado \_\_\_ Vinculado \_\_\_ Especial \_\_\_ Excepción \_\_\_

*(marque con una X el régimen al que pertenece)*

Dirección Residencia: *escriba la dirección del domicilio del participante\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_

Barrio: *escriba el nombre del barrio del domicilio* Localidad: *escriba el nombre de la localidad del domicilio*

Teléfono: *registre el número fijo de contacto* Celular: *registre el número celular de* *contacto*

Teléfono: *registre el número fijo de contacto* Celular: *registre el número celular de* *contacto*

Firma del Participante/Cuidador: *registre la firma del participante/cuidador* CC *registre el número de la cédula del participante/cuidador*

“**Favor diligenciar de manera clara todos los datos”**