



Comunidad Franciscana Provincia de la Santa Fe

Nit. 860.020.342-1

**Colegio Franciscano Jiménez de Cisneros**

Res. 1700-02167 del 18 septiembre de 2024



Página 1 de 2

## CIRCULAR N°45 - 2025

**FECHA : JUNIO 10 DE 2025**  
**ASUNTO : JORNADA DE VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA**  
**GRADOS : PREESCOLAR, PRIMARIA Y BACHILLERATO**

Apreciados padres de familia y estudiantes:

¡En nombre del Señor reciban mi cordial y franciscano saludo de Paz y Bien!

El **Colegio Franciscano Jiménez de Cisneros** informa a toda la comunidad educativa que los días **miércoles 11 y jueves 12 de junio**, se llevará a cabo una **jornada de vacunación contra la fiebre amarilla (única dosis)**, en el horario de **8:00 a.m. a 2:00 p.m.**, en las instalaciones de nuestra Institución Educativa.

Esta actividad será desarrollada por la entidad **Promover**.

### Requisitos para la aplicación de la vacuna:

1. **Asistencia** del padre o madre de familia.
2. Presentación del **Carné de Vacunas** del menor.
3. Entrega del **consentimiento informado**, debidamente diligenciado por el padre o madre de familia.
4. Presentación del **documento de identidad del menor** (Registro civil de nacimiento o tarjeta de identidad).

Como institución educativa, nos comprometemos a brindar espacios que apoyen el proceso de vacunación de nuestras familias cisneristas. Por ello, **invitamos a toda la comunidad educativa a participar activamente** en esta importante jornada.

¡El Señor les bendiga y les guarde!

Cordialmente,



*Fray Dairón Hínestroza Ramos, O.F.M.*  
**FRAY DAIRÓN HINESTROZA RAMOS, O.F.M.**  
Rector



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

Dirección de promoción y prevención - subdirección de enfermedades transmisibles - programa ampliado de inmunizaciones PAI

ANEXO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA LA FIEBRE AMARILLA EN POBLACIÓN DE 60 A 69 AÑOS EN EL CORREDOR ENDEMICO DEL TOLIMA

MUNICIPIO: VEREDA/CORREGIMIENTO: FECHA:
DÍA MES AÑO HORA:

Table with 2 columns: NOMBRES, APELLIDOS. Rows include TIPO DE IDENTIFICACIÓN, NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE, FECHA DE NACIMIENTO.

INFORMACIÓN PREVIA. En la actualidad el país dispone de la vacuna contra la fiebre amarilla para la población de 1 a 59 años. Por la situación de brote por fiebre amarilla en el departamento del Tolima se autoriza su aplicación en personas de 60 a 69 años que no hayan recibido la vacuna...

DATOS IMPORTANTES SOBRE LA ENFERMEDAD DE LA FIEBRE AMARILLA Y LA VACUNA (porfavor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)

Table with 2 columns: Question (¿COMO SE APLICA?, VACUNA Y DOSIS, BENEFICIOS, RIESGOS, ALTERNATIVAS) and Answer/Description.

EXPRESION 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.

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 la FIEBRE AMARILLA 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 \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

En caso de requerirse firma a ruego:

En virtud de que la persona a vacunar \_\_\_\_\_, identificado(a) con CC \_\_\_\_\_ CE \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma \_\_\_\_\_ identificado(a) con CC \_\_\_\_\_ CE \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



Huella dactilar o plantar del rogante  
CC: \_\_\_\_\_

Firma del rogado  
CC: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos del vacunador \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Tipo de identificación: CC \_\_\_\_\_ CE \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

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