



## HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E

"COMPROMETIDOS CON SU SALUD"

NIT. 891.800.395-1

### RESOLUCION No. 028

(marzo 1 de 2021)

Por medio de la cual se Adopta el modelo de consentimiento informado para aplicación de la vacuna contra el SARS-COV-2/COVID 19 en el Hospital Regional de Moniquirá E.S.E.

El Gerente del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E., en uso de sus atribuciones legales y en especial las conferidas mediante el Decreto Departamental No 235 del 30 de abril de 2020 y

### CONSIDERANDO QUE

De conformidad con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, *"El consentimiento informado hace parte del proceso de vacunación contra el COVID-19, mediante el cual el usuario del servicio manifiesta de manera autónoma su voluntad de recibir o no el esquema completo de vacunación contra el COVID-19, previo entrega de la información por parte del anotador respecto a la vacuna, la relación riesgo - beneficio, las indicaciones, contraindicaciones y los posibles eventos adversos esperados de la vacuna que se le va a aplicar y atender cualquier inquietud que tenga al respecto. (Anexo 2) Formato en el que consta el consentimiento informado para la aplicación de la vacuna contra el SARSCoV-2/COVID-19"*.

*"Se debe diligenciar un único formato que contiene el consentimiento informado solamente una vez"*.

*Las empresas responsables del aseguramiento en salud y el prestador de servicios de salud deberán garantizar el enfoque diferencial de acuerdo con los contextos interculturales para facilitar el diálogo y la comunicación con mensajes claros y sencillos, y la adecuación necesaria, así como la disponibilidad de intérprete para disminuir el temor, aclarar inquietudes y generar confianza hacia la vacunación.*

*Los menores de edad y las personas que requieran ayuda, deben acudir con un acompañante mayor de edad, quién también debe suscribir el documento en el que consta el consentimiento informado. Así mismo, para la persona que no sepa o no pueda firmar, se debe hacer uso de la huella dactilar y firmar a ruego. Del mismo modo contar con los apoyos y ajustes razonables, para que las personas en condición de discapacidad accedan sin barreras físicas, comunicativas y actitudinales a la vacunación contra COVID19. Este documento se debe salvaguardar en la historia clínica del paciente de acuerdo con la normatividad vigente Resolución Número 8430 de 1993 y adicionalmente conforme al procedimiento que se defina en el sistema de información nominal PAIWEB"*.

La suscripción del consentimiento es obligatorio para recibir la vacuna, si el usuario no accede a la dosis de vacunación, la respuesta deberá quedar registrada tanto en el formato del 'consentimiento informado' como en el PAIWEB. Sin embargo, esto no indica que la persona perderá su derecho a vacunarse y podrá hacerlo cuando manifieste libre y autónomamente su voluntad.

Se hace necesario adoptar formalmente el modelo de formato único de consentimiento informado dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social para tal efecto



HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E

"COMPROMETIDOS CON SU SALUD"

NIT. 891.800.395-1

En mérito de lo anteriormente expuesto,

**RESUELVE**

**ARTICULO PRIMERO:** Adoptar el modelo de formato único de consentimiento informado para la aplicación de la vacuna contra el SARS COV-2/COVID 19 proferido por el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual hace parte integral de la presente Resolución en un (1) folio de dos caras

**ARTICULO SEGUNDO:** Vigencia. La presente Resolución empezará a regir a partir de la fecha de su suscripción.

Dado en el municipio de Moniquirá, el primer (01) día del mes de marzo de dos mil veintiuno (2021)

Comuníquese y cúmplase,

  
**LUIS CARLOS OLARTE CONTRERAS**  
Gerente

Proyectó JGamboa

