

	DECLARACIÓN DE ANTECEDENTE VACUNAL FIEBRE AMARILLA Y ASUNCIÓN DE RESPONSABILIDAD	Código: A1-FO-94
		Versión: 1
		Vigente desde: 02/05/2025

DECLARACIÓN DE ANTECEDENTE VACUNAL FIEBRE AMARILLA Y ASUNCIÓN DE RESPONSABILIDAD

DATOS DEL DECLARANTE

Nombres y apellidos: _____

Tipo y número de documento: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección de residencia: _____

Teléfono de contacto: _____

Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN SOBRE VACUNACIÓN

¿Le han aplicado de la vacuna de la Fiebre Amarilla?

☐ Sí ☐ No

¿Ha sido diagnosticado con alguna condición que impida o limite su vacunación?

☐ Sí (especificar): _____

☐ No

DECLARACIÓN Y ASUNCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, el/la suscrito/a, identificado/a como aparece al inicio de este documento, declaro bajo la gravedad de juramento que la información aquí suministrada es veraz y corresponde a mi historial vacunal conocido hasta la _____ fecha.

Así mismo, declaro que:

1. He sido informado/a sobre la importancia de mantener actualizado mi esquema de vacunación para la prevención de enfermedades transmisibles.
2. Asumo total responsabilidad personal por las consecuencias que puedan derivarse de no contar con el esquema de vacunación.

	DECLARACIÓN DE ANTECEDENTE VACUNAL FIEBRE AMARILLA Y ASUNCIÓN DE RESPONSABILIDAD	Código: A1-FO-94
		Versión: 1
		Vigente desde: 02/05/2025

3. Eximo de toda responsabilidad a Parques Nacionales Naturales de Colombia receptora de esta declaración, así como a sus representantes, frente a eventuales afectaciones a la salud propias o de terceros asociadas al estado de mi vacunación.

Firma del declarante: _____

Lugar y fecha: _____