

Cuerpo de Bomberos Voluntarios del Paraguay

Personería Jurídica Decreto Nº 14465/80

Miembro Fundador de la Federación Mundial de Asociaciones de Bomberos Voluntarios
Mención de Honor Condecoración de la Presidencia de la República en el Grado de " Gran Oficial " Año 1997
Condecoración por los Servicios Distinguidos Otorgado por la Policía Nacional Año 2004
Miembro Fundador de la Organización de Bomberos Americanos (OBA)
Premio: " Nuestra Señora de la Asunción " - Año: 2007



Cruz del Defensor Nº 437 c/ Dr. Hassler
Telefax: 225-550/1 C.C.A. 132

Web: www.bomberoscbvp.org.py
Asunción - Paraguay

Asunción, 08 de Julio de 2021

RESOLUCION Nº 004/21 P.N.



VISTA: La campaña de vacunación nacional contra el virus Covid-19 desarrollada por el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; y

CONSIDERANDO:

Que, en el marco de dicha campaña, al Cuerpo de Bomberos Voluntarios del Paraguay (C.B.V.P.) le corresponde la categoría "trabajadores priorizados", establecido en el Plan Nacional de Vacunación con fecha definida para la aplicación de las vacunas, el día 12 de julio de 2021.

Que, resulta necesario que el personal bombero acredite la condición de tal, por medio del "Certificado de Trabajador Priorizado", cuyo modelo y formato, se encuentra a disposición en la página web habilitada por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social "www.vacunate.gov.py", debiendo contar con la firma de una autoridad institucional, así como el sello respectivo, a los efectos de acreditar la legitimidad de quien se presenta con la intención de acceder a la vacuna.

Que, ante la necesidad de establecer los mecanismos para que el personal Bombero Voluntario, acceda a la vacunación correspondiente, el Presidente Nacional, en cumplimiento de lo dispuesto en el Art. 38º de los Estatutos Sociales, y concordantes del Reglamento General del C.B.V.P.;

RESUELVE :

- Art. 1º. AUTORIZAR** a los Comandantes de Cuerpos, Compañías, Unidades y Destacamentos, a acreditar la calidad de Bombero Voluntario perteneciente al Cuerpo de Bomberos Voluntarios del Paraguay, con la suscripción del **Certificado de Trabajador Priorizado** y el estampado del sello correspondiente a la dependencia en el que el miembro de la Institución presta servicios.
- Art. 2º. ESTABLECER**, que para la suscripción del **Certificado de Trabajador Priorizado**, se deberá tener en cuenta la nómina del personal bombero, cuya identidad fue previamente remitida por las distintas compañías, unidades y destacamentos, y validado por el Departamento de Personal, y validado.
- Art. 3º. DISPONER** que una vez culminado el procedimiento, los Comandantes de Cuerpos, Compañías, Unidades y Destacamentos, presenten un informe pormenorizado al Dpto. de Personal, respecto del: a) Certificados de Trabajo Priorizado otorgados por los Comandantes; y b) personal bombero que efectivamente accedió a la vacunación.
- Art. 4º. INSTAR** a todo el personal bombero a que se inscriba en las plataformas electrónicas del M.S.P. y B.S., independientemente al certificado que acreditará su condición de Bombero Voluntario del C.B.V.P. Igualmente, se insta a que completen el consentimiento informado de vacunación que se adjunta.
- Art. 5º. COMUNICAR** al personal de bomberos y cumplido archivar.

Cap. Ppl. B.V.C.
JORGE MARCELO KRONAWETTER
Secretario Nacional



Cap. Gral. B.V.C.
LUIS ALBERTO ROJAS RAMIREZ
Presidente Nacional



CERTIFICADO DE TRABAJADOR PRIORIZADO

PARA VACUNA ANTI SARS-CoV-2

| DATOS DE LA INSTITUCIÓN QUE EXPIDE EL CERTIFICADO | |
|---|----------------------------|
| Departamento: | Distrito: |
| Institución: | |
| Fecha de solicitud: | |
| DATOS DEL TRABAJADOR | |
| Nombre y Apellido completo: _____ | |
| Número de CI: _ _ _ _ _ _ _ _ _ | Edad (en años): _ _ años |
| Marque el grupo de trabajador priorizado al cual pertenece: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Docentes (todos los niveles)<input type="checkbox"/> Policía Nacional<input type="checkbox"/> Fuerzas Armadas<input type="checkbox"/> Bomberos<input type="checkbox"/> Guardias Penitenciarios<input type="checkbox"/> Fiscalía<input type="checkbox"/> Comunicadores | |
| Observación: | |

Firma y sello Institucional



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD
DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
VACUNACIÓN CONTRA COVID - 19**

DATOS GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO

1. Establecimiento de Salud: _____ 2. Región Sanitaria: _____
 3. Distrito: _____ 4. Fecha de Vacunación (dd/mm/aaaa): ____/____/____

5. DATOS DEL PACIENTE

Yo, Apellido(s) y Nombre(s): _____ con:
 Documento Id N°: _____, de Edad: _____ he sido informado por: _____

6. DATOS DEL RESPONSABLE Aplica No Aplica

Yo, responsable, tutor o curador con:
 1. Documento Id N°: _____, 2. Apellido(s) y Nombre(s): _____;
 de: _____
 3. Edad: _____ años, he sido informado por: _____

7. TIPO DE VACUNA¹ marcar la que corresponde

| | |
|---|--------------------------|
| Plataforma de vector viral Sputnik- V | <input type="checkbox"/> |
| Plataforma Virus Inactivado: Covaxin | <input type="checkbox"/> |
| Plataforma Vector Viral Laboratorio AstraZeneca | <input type="checkbox"/> |
| Plataforma ARNm (Moderna) | <input type="checkbox"/> |

8. OBJETIVOS, CARACTERÍSTICAS, BENEFICIOS Y RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Se me ha informado del objetivo, las características y los beneficios de la vacunación, así como de sus potenciales riesgos.
 Se me ha explicado las consecuencias que tendría para mi salud la no realización de la vacunación.
 He realizado las preguntas que consideraré necesarias, todas han sido aclaradas y con respuestas que considero suficientes y aceptables.
 Estoy informado de que puedo retirar o revocar este consentimiento comunicándole al responsable de la vacunación, sin tener que dar explicaciones y sin perjudicarme en mis derechos de usuario.
 He sido informado que mis datos personales podrán ser publicados.

9. CONSENTIMIENTO

9.1- Acepto SI No

1. Fecha: ____/____/____

2. Firma del Paciente o responsable legal _____

3. Aclaración de firma: _____

4. N.º CI: _____

5. Firma del Profesional Sello y N.º de Registro Profesional _____

6. En caso de que su respuesta fuera negativa, firma de testigo: _____

7. Aclaración de la firma del testigo _____

¹ Este documento será válido para las dosis necesarias para completar el esquema de vacunación correspondiente