Folio mivacuna: ( A30-57503212 Folio captura (opcional)



# EXPEDIENTE DE VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS SARS-COV2

Fecha de la vacun	ación Mar	ca de vacuna:		Lote:	<b>Dosis:</b> PRIMERA ()
D D M M A	L A				SEGUNDA C ÚNICA
MARTHA CA	RMINIA C	ANTE MEX			SEXO HO MO
NOMBRE(S)			APELLIDO 1	APELLIDO 2	EDAD años
CURP (Clave única de	registro de po	blación)		Teléfono ó celular 1	
CAMM85103	OMYNNXI	R09			
Correo Electrónico				Teléfono ó celular 2	
Calle	N. Exterior	N. Interior	Colonia	C.P. Municipio	Estado
PADECIMIENTOS	Diabetes si no	Hipertensión si no	Embarazo si no	Otra (opcional)	
				de Datos Personales en Posesión de Sujetos Ol	

Vacunación y demás políticas sociales, así como para integrar expedientes y bases de datos necesarias para, en su caso, el otorgamiento y operación de políticas sociales del Gobierno Federal, así como las obligaciones que se deriven de estos y para mantener una base histórica con fines estadísticos y de obligaciones relativas a la transparencia, en términos de la normatividad y disposiciones aplicables. Consulte el aviso integral de privacidad en https://mivacuna.salud.gob.mx Lo anterior se informa en cumplimiento a los artículos 26, 27 y 28 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. La Política Nacional de Vacunación es de carácter público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos a los establecidos.

profilbido sa uso para fines distilitos a los establecidos.

Este formato NO es una cita para la vacunación, en breve le contactaremos. La convocatoria a los puntos de vacunación depende de la disponibilidad de las vacunas.

Docie

### COMPROBANTE DE VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS SARS-COV2 PERSONA INTERESADA

Fecha de la vacunación Marca de Vacuna:	Lote:		PRIMERA O SEGUNDA O ÚNICA
MARTHA CARMINIA CANTE MEX			SEXO HO MO
NOMBRE(S)	APELLIDO 1	APELLIDO 2	EDAD años
CURP (Clave única de registro de población)	FOLIO DE REGISTRO	O MIVACUNA	

A30-57503212

**CAMM851030MYNNXR09** 

#### INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE TU VACUNA

Vigila tu salud después de aplicarte la vacuna, cualquier signo o síntoma que presentes dentro de los 30 días después de la vacunación, favor de reportarlo de inmediato, esto nos permitirá darte la atención que requieras y mantener actualizado el perfil de seguridad de las vacunas.

Para reportar un evento adverso y encontrar más información sobre la vacunación contra la COVID-19 visita la página *https://coronavirus.gob.mx/vacunacion-covid/* o llama al teléfono de la Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria al 800.0044.800 Para obtener más información sobre COVID-19 visita: *vacunacovid.gob.mx* 

Job.mx

os datos personales y

Folio mivacuna: A30-57484103

Folio captura (opcional)



### **EXPEDIENTE DE VACUNACIÓN** CONTRA EL VIRUS SARS-COV2

Fecha de la vacun	ación Mar	ca de vacuna:	: I	Lote:		<b>Dosis:</b> PRIMERA () SEGUNDA ()
MARIA DEL	POSAPIO	CANTE MEX	,			SEXO HO MO
NOMBRE(S)	ROSARIO	CANTE MEX	APELLIDO 1		APELLIDO 2	EDAD años
CURP (Clave única de CAMR861219		,			éfono ó celular 1	
Correo Electrónico				Tele	éfono ó celular 2	
Calle	N. Exterior	N. Interior	Colonia	C.P.	Municipio	Estado
PADECIMIENTOS	Diabetes si no	Hipertensión si no	Embarazo si no		•	
sensibles serán utilizados y vin Vacunación y demás políticas s	oculados para verifica ociales, así como para	ción y confirmación de la id integrar expedientes y base	dentidad dentro del n es de datos necesarias	narco de la plane para, en su caso,	ación, implementación y aplic el otorgamiento y operación o	bligados. Los datos personales y ación de la Política Nacional de de políticas sociales del Gobierno transparencia, en términos de la

normatividad y disposiciones aplicables. Consulte el aviso integral de privacidad en https://mivacuna.salud.gob.mx Lo anterior se informa en cumplimiento a los artículos 26, 27 y 28 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. La Política Nacional de Vacunación es de carácter público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos a los establecidos.

Este formato NO es una cita para la vacunación, en breve le contactaremos. La convocatoria a los puntos de vacunación depende de la disponibilidad de las vacunas.



### **COMPROBANTE DE VACUNACIÓN** CONTRA EL VIRUS SARS

Fecha de la vacunación Marca de vacu	ına: Lote:		DOSIS: PRIMERA ()
D D M M A A			SEGUNDA O ÚNICA
MARIA DEL ROSARIO CANTE N	ИEX		SEXO HO MO
NOMBRE(S)	APELLIDO 1	APELLIDO 2	EDAD años
CURP (Clave única de registro de población)	FOLIO DE RE	GISTRO MIVACUNA	

A30-57484103

**CAMR861219MYNNXS00** 

#### INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE TU VACUNA

Vigila tu salud después de aplicarte la vacuna, cualquier signo o síntoma que presentes dentro de los 30 días después de la vacunación, favor de reportarlo de inmediato, esto nos permitirá darte la atención que requieras y mantener actualizado el perfil de seguridad de las vacunas.

Para reportar un evento adverso y encontrar más información sobre la vacunación contra la COVID-19 visita la página https://coronavirus.gob.mx/vacunacion-covid/ o llama al teléfono de la Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria al 800.0044.800 Para obtener más información sobre COVID-19 visita: vacunacovid.gob.mx

Folio mivacuna: A40-47016111

Folio captura (opcional)



# EXPEDIENTE DE VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS SARS-COV2

Fecha de la vacuna	ación <mark>Mar</mark>	ca de vacuna	•	Lote:							<b>Dosi</b>	s: ERA O
D D M M A												INDA Č
MARIA ROSA	LIA PAT	CHUC									но м	
NOMBRE(S)			APELLIDO 1				APEL	LIDO 2	2	EDAD		años_
CURP (Clave única de registro de población)  Teléfono ó celular 1												
PACR720904	4MYNTHS	507										
Correo Electrónico				Teléfo	no ó ce	lular	2					
Calle	N. Exterior	N. Interior	Colonia	C.P.	N	Munic	ipio			E	stado	
PADECIMIENTOS	Diabetes (si) (no)	Hipertensión	Embarazo	Otra (c	pcional)	)						
Se garantiza la protección de lo				n de Datos Pe	rsonales e	n Poses	ión de	Suieto		rados L	os datos	personales

Se garantiza la protección de los datos personales en cumplimiento con la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Los datos personales y sensibles serán utilizados y vinculados para verificación y confirmación de la identidad dentro del marco de la planeación, implementación y aplicación de la Política Nacional de Vacunación y demás políticas sociales, así como para integrar expedientes y bases de datos necesarias para, en su caso, el otorgamiento y operación de políticas sociales del Gobierno Federal, así como las obligaciones que se deriven de estos y para mantener una base histórica con fines estadísticos y de obligaciones relativas a la transparencia, en términos de la normatividad y disposiciones aplicables. Consulte el aviso integral de privacidad en https://mivacuna.salud.gob.mx Lo anterior se informa en cumplimiento a los artículos 26, 27 y 28 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. La Política Nacional de Vacunación es de carácter público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos a los establecidos.

Este formato NO es una cita para la vacunación, en breve le contactaremos. La convocatoria a los puntos de vacunación depende de la disponibilidad de las vacunas.



Docie:

### COMPROBANTE DE VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS SARS-COV2 PERSONA INTERESADA

PACR720904MYNTHS07		A40-47016111	
CURP (Clave única de registro de población)		FOLIO DE REGISTRO MIVACUNA	
MARIA ROSALIA PAT CHUC	APELLIDO 1	APELLIDO 2	SEXO HO MO  EDAD años
D D M M A A			SEGUNDA O ÚNICA O
Fecha de la vacunación Marca de vacuna	: Lo	ote:	PRIMERA Q

### INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE TU VACUNA

Vigila tu salud después de aplicarte la vacuna, cualquier signo o síntoma que presentes **dentro de los 30 días después de la vacunación**, favor de reportarlo de inmediato, esto nos permitirá darte la atención que requieras y mantener actualizado el perfil de seguridad de las vacunas.

Para reportar un evento adverso y encontrar más información sobre la vacunación contra la COVID-19 visita la página https://coronavirus.gob.mx/vacunacion-covid/ o llama al teléfono de la Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria al 800.0044.800 Para obtener más información sobre COVID-19 visita: vacunacovid.gob.mx

Folio mivacuna: (A40-48355051 Folio captura (opcional)



# EXPEDIENTE DE VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS SARS-COV2

Fecha de la vacun	ación <mark>Mar</mark>	ca de vacuna	•	Lote:							<b>Dosi</b> PRIM	i <b>s:</b> IERA ()
D D M M A	\ \										SEGL ÚNIC	INDA Ö
GLORIA ELIZ	ABETH K	OYOC PAT								SEXO	ном	10
NOMBRE(S)			APELLIDO 1				APE	LLIDO	2	EDAD		años
<b>CURP</b> (Clave única de	registro de po	blación)		Teléfo	no ó	celula	r 1					
KOPG800312	MYNYTL	09										
Correo Electrónico				Teléfo	no ó	celula	r 2					
Calle	N. Exterior	N. Interior	Colonia	C.P.		Mun	icipio	)		E	stado	
PADECIMIENTOS	Diabetes si no	Hipertensión si no	Embarazo	Otra (c	pcion	al)						
Se garantiza la protección de lo	s datos personales e	n cumplimiento con la Ley	General de Protecció	n de Datos Pe	rsonale	s en Pos	sesión d	e Sujeto	os Oblig	gados. L	os datos	personales

Se garantiza la protección de los datos personales en cumplimiento con la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Los datos personales y sensibles serán utilizados y vinculados para verificación y confirmación de la identidad dentro del marco de la planeación, implementación y aplicación de la Política Nacional de Vacunación y demás políticas sociales, así como para integrar expedientes y bases de datos necesarias para, en su caso, el otorgamiento y operación de políticas sociales del Gobierno Federal, así como las obligaciones que se deriven de estos y para mantener una base histórica con fines estadísticos y de obligaciones relativas a la transparencia, en términos de la normatividad y disposiciones aplicables. Consulte el aviso integral de privacidad en https://mivacuna.salud.gob.mx Lo anterior se informa en cumplimiento a los artículos 26, 27 y 28 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. La Política Nacional de Vacunación es de carácter público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos a los establecidos.

Este formato NO es una cita para la vacunación, en breve le contactaremos. La convocatoria a los puntos de vacunación depende de la disponibilidad de las vacunas.



Dosis:

DDIMEDA (

### COMPROBANTE DE VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS SARS-COV2 PERSONA INTERESADA

Lote:

KOPG800312MYNYTL09		A40-48355051	_
CURP (Clave única de registro de población)		FOLIO DE REGISTRO MIVACUNA	
NOMBRE(S)	APELLIDO 1	APELLIDO 2	EDAD años
GLORIA ELIZABETH KOYOC PAT			SEXO HO MO
D D M M A A			SEGUNDA O ÚNICA O

### INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE TU VACUNA

Fecha de la vacunación Marca de vacuna:

Vigila tu salud después de aplicarte la vacuna, cualquier signo o síntoma que presentes **dentro de los 30 días después de la vacunación**, favor de reportarlo de inmediato, esto nos permitirá darte la atención que requieras y mantener actualizado el perfil de seguridad de las vacunas.

Para reportar un evento adverso y encontrar más información sobre la vacunación contra la COVID-19 visita la página https://coronavirus.gob.mx/vacunacion-covid/ o llama al teléfono de la Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria al 800.0044.800 Para obtener más información sobre COVID-19 visita: vacunacovid.gob.mx

Folio mivacuna: ( A40-47018294 Folio captura (opcional)



# EXPEDIENTE DE VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS SARS-COV2

Fecha de la vacuna	ación Mar	ca de vacuna:	<b>:</b> J	Lote:						J	ŞEGL	IERA () JNDA ()
JAIME ARIEL	KOYOC	PAT	APELLIDO 1				APE	LLIDO	2		HO N	
CURP (Clave única de KOPJ781105h		•		Teléfo	no ó	celula	r1					
Correo Electrónico				Teléfo	no ó	celula	r 2	\			_\_	
Calle	N. Exterior	N. Interior	Colonia	C.P.		Mun	icipio			E	stado	
PADECIMIENTOS	Diabetes si no	Hipertensión si no	Embarazo si no	Otra (c	pcion	nal)						
Se garantiza la protección de los	datos personales e	n cumplimiento con la Ley	General de Protección	de Datos Pe	rsonale	s en Pos	sesión d	e Sujeto	os Oblig	gados. L	os datos	personales

Se garantiza la protección de los datos personales en cumplimiento con la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Los datos personales y sensibles serán utilizados y vinculados para verificación y confirmación de la identidad dentro del marco de la planeación, implementación y aplicación de la Política Nacional de Vacunación y demás políticas sociales, así como para integrar expedientes y bases de datos necesarias para, en su caso, el otorgamiento y operación de políticas sociales del Gobierno Federal, así como las obligaciones que se deriven de estos y para mantener una base histórica con fines estadísticos y de obligaciones relativas a la transparencia, en términos de la normatividad y disposiciones aplicables. Consulte el aviso integral de privacidad en https://mivacuna.salud.gob.mx Lo anterior se informa en cumplimiento a los artículos 26, 27 y 28 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. La Política Nacional de Vacunación es de carácter público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos a los establecidos.

Este formato NO es una cita para la vacunación, en breve le contactaremos. La convocatoria a los puntos de vacunación depende de la disponibilidad de las vacunas.



Dosis:

### COMPROBANTE DE VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS SARS-COV2 PERSONA INTERESADA

1 040

KOPJ781105HYNYTM04		A40-47018294	
CURP (Clave única de registro de población)		FOLIO DE REGISTRO MIVACUNA	
JAIME ARIEL KOYOC PAT	APELLIDO 1	APELLIDO 2	SEXO HO MO  EDAD años
D D M M A A			SEGUNDA O ÚNICA O
recha de la vacunación Marca de Vacuna	1. L	ote.	PRIMERA 🔾

#### INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE TU VACUNA

Marca de vacuna

Vigila tu salud después de aplicarte la vacuna, cualquier signo o síntoma que presentes **dentro de los 30 días después de la vacunación**, favor de reportarlo de inmediato, esto nos permitirá darte la atención que requieras y mantener actualizado el perfil de seguridad de las vacunas.

Para reportar un evento adverso y encontrar más información sobre la vacunación contra la COVID-19 visita la página https://coronavirus.gob.mx/vacunacion-covid/ o llama al teléfono de la Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria al 800.0044.800 Para obtener más información sobre COVID-19 visita: vacunacovid.gob.mx

Folio mivacuna: A40-47010588 Folio captura (opcional)



# EXPEDIENTE DE VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS SARS-COV2

Fecha de la vacunado	ión Mar	ca de vacuna:	:	Lote:					J		ERA O
ROLANDO CA	NTE ME	x	APELLIDO 1			API	ELLIDO 2			HO M	o años
CURP (Clave única de re		Teléfo	no ó cel	ular 1							
CAMR750113H	YNNXL	)8									
Correo Electrónico				Teléfo	no ó cel	ular 2					
Calle	N. Exterior	N. Interior	Colonia	C.P.	М	unicipio	<b>)</b>		Es	tado	
PADECIMIENTOS	Diabetes	Hipertensión	Embarazo	Otra (o	pcional)_						
Se garantiza la protección de los d				n de Datos Pe	rsonales en	Posesión o	de Sujetos	Obligad	los. Los	s datos r	personales

Se garantiza la protección de los datos personales en cumplimiento con la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Los datos personales y sensibles serán utilizados y vinculados para verificación y confirmación de la identidad dentro del marco de la planeación, implementación y aplicación de la Política Nacional de Vacunación y demás políticas sociales, así como para integrar expedientes y bases de datos necesarias para, en su caso, el otorgamiento y operación de políticas sociales del Gobierno Federal, así como las obligaciones que se deriven de estos y para mantener una base histórica con fines estadísticos y de obligaciones relativas a la transparencia, en términos de la normatividad y disposiciones aplicables. Consulte el aviso integral de privacidad en https://mivacuna.salud.gob.mx Lo anterior se informa en cumplimiento a los artículos 26, 27 y 28 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. La Política Nacional de Vacunación es de carácter público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos a los establecidos.

Este formato NO es una cita para la vacunación, en breve le contactaremos. La convocatoria a los puntos de vacunación depende de la disponibilidad de las vacunas.



Docie:

### COMPROBANTE DE VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS SARS-COV2 PERSONA INTERESADA

CAMR750113HYNNXL08		A40-47010588	
CURP (Clave única de registro de población)		FOLIO DE REGISTRO MIVACUNA	
ROLANDO CANTE MEX	APELLIDO 1	APELLIDO 2	SEXO HO MO  EDAD años
D D M M A A			SEGUNDA O ÚNICA O
Fecha de la vacunación Marca de vacuna	: Lo	ite:	PRIMERA O

### INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE TU VACUNA

Vigila tu salud después de aplicarte la vacuna, cualquier signo o síntoma que presentes dentro de los 30 días después de la vacunación, favor de reportarlo de inmediato, esto nos permitirá darte la atención que requieras y mantener actualizado el perfil de seguridad de las vacunas.

Para reportar un evento adverso y encontrar más información sobre la vacunación contra la COVID-19 visita la página https://coronavirus.gob.mx/vacunacion-covid/ o llama al teléfono de la Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria al 800.0044.800 Para obtener más información sobre COVID-19 visita: vacunacovid.gob.mx

Folio mivacuna: A40-47019714

Folio captura (opcional)



# **EXPEDIENTE DE VACUNACIÓN** CONTRA EL VIRUS SARS-COV2

Fecha de la vacuna		ca de vacuna:	:	Lote:								ERA O
JOSE FRANC	ISCO EK	CANUL	APELLIDO 1				APE	LLIDO 2	2		но м	O años
CURP (Clave única de	registro de po	blación)		Teléfoi	no ó	celula	r 1					
EXCF810817H	HYNKNRO	)2										
Correo Electrónico				Teléfoi	no ó	celula	r 2					
Calle	N. Exterior	N. Interior	Colonia	C.P.		Mun	icipio			E:	stado	
PADECIMIENTOS	Diabetes si no	Hipertensión si no	Embarazo si no	Otra (o	pcion	al)						
Se garantiza la protección de los												

serán utilizados y vinculados para verificación y confirmación de la identidad dentro del marco de la planeación, implementación y aplicación Vacunación y demás políticas sociales, así como para integrar expedientes y bases de datos necesarias para, en su caso, el otorgamiento y operación de políticas sociales del Gobierno Federal, así como las obligaciones que se deriven de estos y para mantener una base histórica con fines estadísticos y de obligaciones relativas a la transparencia, en términos de la normatividad y disposiciones aplicables. Consulte el aviso integral de privacidad en https://mivacuna.salud.gob.mx Lo anterior se informa en cumplimiento a los artículos 26, 27 y 28 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. La Política Nacional de Vacunación es de carácter público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos a los establecidos.

Este formato NO es una cita para la vacunación, en breve le contactaremos. La convocatoria a los puntos de vacunación depende de la disponibilidad de las vacunas.



Dosis:

### **COMPROBANTE DE VACUNACIÓN** CONTRA EL VIRUS SARS-COV2

Fecha de la vacunación Marca de vacuna:	Lo	ote:	PRIMERA O
D D M M A A			SEGUNDA O ÚNICA
JOSE FRANCISCO EK CANUL			SEXO HO MO
NOMBRE(S)	APELLIDO 1	APELLIDO 2	EDAD años
CURP (Clave única de registro de población)		FOLIO DE REGISTRO MIVACUNA	
EXCF810817HYNKNR02		A40-47019714	

#### INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE TU VACUNA

Vigila tu salud después de aplicarte la vacuna, cualquier signo o síntoma que presentes dentro de los 30 días después de la vacunación, favor de reportarlo de inmediato, esto nos permitirá darte la atención que requieras y mantener actualizado el perfil de seguridad de las vacunas.

Para reportar un evento adverso y encontrar más información sobre la vacunación contra la COVID-19 visita la página https://coronavirus.gob.mx/vacunacion-covid/ o llama al teléfono de la Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria al 800.0044.800 Para obtener más información sobre COVID-19 visita: vacunacovid.gob.mx