Folio mivacuna: (A18-90658114

vacunas.

Folio captura (opcional)



EXPEDIENTE DE VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS SARS-COV2

Fecha de la vacun		ca de vacuna:		Lote:		Dosis: PRIMERA C SEGUNDA C ÚNICA
LUIS ANGEL		DEZ CUELLA	AR APELLIDO 1		APELLIDO 2	SEXO HO MO EDAD años
CURP (Clave única de HECL951208		•		Teléfono ó o	elular 1	
Correo Electrónico				Teléfono ó c	elular 2	
Calle	N. Exterior	N. Interior	Colonia	C.P. Muni	cipio	Estado
PADECIMIENTOS	Diabetes si no	Hipertensión (si) (no)	Embarazo si no	Otra (opcional)		
Se garantiza la protección de lo sensibles serán utilizados y vino Vacunación y demás políticas so	culados para verifica	ción y confirmación de la id	dentidad dentro del m	narco de la planeación, imple	mentación y aplicac	ión de la Política Nacional d

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

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



COMPROBANTE DE VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS SARS-COV2 PERSONA INTERESADA

Fecha de la vacunación	Marca de vacuna:	Lote	:	Dosis: PRIMERA
D D M M A A				SEGUNDA O ÚNICA
LUIS ANGEL HER	NANDEZ CUELLA	AR .		SEXO HO MO
NOMBRE(S)		APELLIDO 1	APELLIDO 2	EDAD años
CURP (Clave única de registr	o de población)		FOLIO DE REGISTRO MIVACUNA	

con (clave affica de registro de posideion)

A18-90658114

HECL951208HDFRLS04

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*

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.