

CONSERVE ESTE CARNÉ
TODA SU VIDA

Presente este carné cuando
asista a sus consultas
medicas



I.P.S.

Punto de Salud

Asistencia Médica y Odontológica

Gina Luz Pedraza Varela

NOMBRE DEL VACUNADO

TELÉFONO DE LA CASA: _____

TELÉFONO DE LA OFICINA: _____

FECHA DE NACIMIENTO:

Día	Mes	Año

IPS: _____

TELÉFONO IPS: _____ EXT. VACUNACIÓN _____

MUNICIPIO: _____

AFILIACIÓN:

F-069 VERSIÓN 2 JUNIO 2005

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	Dosis	FECHA DE VACUNA			Lote	Próxima cita	Refuerzos	Lote
		Día	Mes	Año				
B.C.G. (Antituberculosis)	U							
Antipollomielítica	R.N							
	1 ^a							
	2 ^a							
	3 ^a							
D.P.T (Difteria, Tosferina, Tétanos)	1 ^a							
	2 ^a							
	3 ^a							
	1 ^a	05	09	05				
Antihepatitis B.	2 ^a	05	09	05				
	3 ^a	05	03	06				
	1 ^a	08	08	05				
	2 ^a	20	10	07				
Triple Viral (Sar. Pap. Rub)	3 ^a	20	11	2007				
	1 ^a	15	05	2008				
	2 ^a							
	3 ^a							
Toxido Tetánico (Tétanos)	1 ^a					20/05/2009	CU-09002-4	
	2 ^a							
	3 ^a							
	1 ^a					20/07/2010	024(9060) ea	
Taxido Diferico (Tétanos y Difteria)	2 ^a							
	3 ^a							
	1 ^a							
	2 ^a							
Sarampión	3 ^a							
	1 ^a							
	2 ^a							
	3 ^a							
Antifiebre Amarilla	U	16	Feb	2004				
	1 ^a							
	2 ^a							
	3 ^a							
Meningo-BC (Meningococo)	1 ^a	15	06	07	6032. Y	Ago/04/15/07		
	2 ^a	05	10	03	6033. Y			
	1 ^a							
	2 ^a							
Hib (Hemofilus Influenza)	3 ^a							
	1 ^a							
	2 ^a							
	3 ^a							
Rubeola	U							
	1 ^a							
	2 ^a							
	3 ^a							
Otras	U							
	1 ^a							
	2 ^a							
	3 ^a							
Influenza	1 ^a							
	2 ^a							
	3 ^a							
	1 ^a	20	04	2010				