

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 Vazquez

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

ESQUEMA DE VACUNACIÓN							
VACUNA	Dosis	FECHA DE VACUNA			Lote	Próxima cita	Refuerzos
		Día	Mes	Año			
B.C.G. (Antituberculosis)	U						
Antipollomielítica	R N						
	1ª						
	2ª						
	3ª						
D.P.T (Difteria,Tosferina,Tétanos)	1ª						
	2ª						
	3ª						
Antihepatitis B.	1ª	05	09	05			
	2ª	05	09	05			
	3ª	05	03	06			
Triple Viral (Sar. Pap. Rub)	U	08	09	05			
Toxoide Tetánico (Tétanos)	1ª	20	10	*7		20/05/2007 EU-0YCOZ-X	
	2ª	20	11	2007			
	3ª	15	05	2-07		20/07/2010 034C9060JEA	
Taxoide Difterico (Tétanos y Difteria)	1ª						
	2ª						
	3ª						
Sarampión	U						
Antifebre Amarilla	U	16	Feb	2004			
Meningo-BC (Meningococo)	1ª	15	06	07	G032.Y	Apr 15/07	
	2ª	05	10	07	G033-Y		
Hib (Hemofilus Influenza)	1ª						
	2ª						
	3ª						
Rubeola	U						
Otras							
Influenza	1ª	20	04	2010			