

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación,
solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Donnelly Alana

Apellidos:

GOMEZ

Documento
de Identidad:

C.C. T.I. Pasaporte No.

Fecha de
Nacimiento:

Día: 15 Mes: 04 Año: 1999

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras	1ra	08.05.13	1000585	Nazareth
Gardasil	2da	8.11.13	1003613	Jorge
PVH	3ra	Mayo 2018		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión	1	16/2/12	02210111	Daisy
Rubéola	1			
Toxoide Tetánico	2			
Td	3			
Diférico	4			
Contra B	5			
Contra	1			
Hepatitis B	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				
Neomover	2326	MAR 2016	Henck 1042668	gomfan
		26 mar 2021		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diférico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

ESQUEMA DE VACUNACION						Nombre Vacunado
VACUNA	Dosis	FECHA DE VACUNACION			Lote	
B.C.G. (Antituberculosis)	U	Día	Mes	Año		
Antipoliomielítica	RN	24	4	99		
	18	26	4	99		
	28	30	6	99		
	38	15	9	99		
	38	2	12	99		
	18	2	4	99		
D.P.T. (Difteria, Tosieteria, Tetanos)	28	36	6	99		
	38	15	9	99		
	38	2	12	99		
Antihpatitis B.	18	26	4	99		
	28	36	6	99		
	38	2	12	99		
Antisarampión	U	5	7	2007		
Toxoide Tetánico (Tetanos)	18					
	28					
	38					
Toxoide Diférico (Tetanos y Difteria)	18					
	28					
	38					
Triple Viral (Sar. Pap. Rub.)	U	29	4	2000		
Antifebre Amarilla	U					
Meningo-BC (Meningococo)	18					
	28					
Hib (Hemofilius Influenza)	18	30	6	99		
	28	2	12	99		
	38	25	2	2000		

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Consérvelo

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Fecha de Nacimiento: Día 15 Mes 09 Año 1999

Documento de Identidad: C.C. T.I. Pasaporte No.

Apellidos: DONNELLY

Nombres: ALANA

Certificado de Vacunación del Adulto

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

10000 LOS DIAS SON DIAS DE VACUNACION

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Alana

Apellidos: Donnelly Gomez

Documento de Identidad: C.C. T.I. X Pasaporte No. 99041518935

Fecha de Nacimiento: Día 15 Mes 04 Año 1999

Todo niño vacunado está protegido contra enfermedades graves.

Después de la vacunación, el niño puede presentar reacciones normales como fiebre, dolor y brote. Estas reacciones son normales y significan que el niño está produciendo defensas contra las enfermedades para las que fue vacunado.

Algunos niños no presentan reacciones.

Estas reacciones son individuales. Cada niño presenta signos y síntomas diferentes.

“En caso de presentarse una reacción distinta a las anteriores, consulte en el lugar donde le aplicaron las vacunas”

CONSERVE ESTE CARNÉ

SE REQUIERE PARA UN BUEN CONTROL DEL ESQUEMA DE VACUNACION

Preséntelo cuando acuda a cualquier Institución de Salud.



EMPRESA SOCIAL DEL ES
Hospital Nuestra Señora de la C
Guarne - Antioquia

CARNÉ INDIVIDUAL DE VAC

Alana Donnelly
NOMBRE DEL VACUNA

FECHA DE NACIMIENTO: 15

INSTITUCIÓN: La Candelaria

MUNICIPIO: Guarne

CARNÉ NÚMERO:

ZONA: SECTOR:

Su próxima cita es: (con)

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación
o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

PROSPERIDAD
PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: *Alana*
Apellidos: *Donnelly Ponce*
Documento de identidad: C.C. T.I. ☒ Pasaporte No *99841518975*
Fecha de Nacimiento: Día Mes Año

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	<i>28-10-2016</i>	<i>Sanofi</i>	
	2	<i>09-04-2017</i>	<i>Sanofi</i>	
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla		<i>20 AGO 2016</i>	<i>Sanofi</i>	
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				
		<i>20 AGO 2016</i>	<i>Sanofi</i>	



PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)

PAISOFT 2.7.4 (2013.03.07)

ESE HOSPITAL LA CANDELARIA - GUARNE

HISTORIA DE VACUNACION

DOCUMENTO RC 28638945
NOMBRE ALANA
FECHA DE NACIMIENTO 1999/04/15
DIRECCION CASA 4
TELEFONO(S) 5516245

DONELLY GOMEZ

VACUNAS PAI

APLICACION	FECHA	BIOLOGICO	LOTE	LABORATORIO	VACUNADOR
BCG	DOSIS 1	1999/04/26	BCG	✓	
DPT	DOSIS 1	1999/06/30	DPT (BACTERIANA)	✓	
	DOSIS 2	1999/09/15	DPT (BACTERIANA)		
	DOSIS 3	1999/12/02	DPT (BACTERIANA)		
	REFUERZO 1	2000/12/22	DPT (BACTERIANA)		
	REFUERZO 2	2004/04/30	DPT (BACTERIANA)		
HAEMOPHILUS INFLUENZA b	DOSIS 1	1999/06/30	HB (HAEMOPHILUS INFLUENZA b)	✓	
	DOSIS 2	1999/12/02	HB (HAEMOPHILUS INFLUENZA b)		
	DOSIS 3	2000/02/25	HB (HAEMOPHILUS INFLUENZA b)		
HEPATITIS B	DOSIS 1	1999/04/26	HB (HEPATITIS B)	✓	
	DOSIS 2	1999/06/30	HB (HEPATITIS B)		
	DOSIS 3	1999/12/02	HB (HEPATITIS B)		
POLIO	DOSIS 1	1999/06/30	VOP (POLIO ORAL)	✓	
	DOSIS 2	1999/09/15	VOP (POLIO ORAL)		
	DOSIS 3	1999/12/02	VOP (POLIO ORAL)		
	R.NACIDO	1999/04/26	VOP (POLIO ORAL)		
	REFUERZO 1	2000/12/22	VOP (POLIO ORAL)		
	REFUERZO 2	2004/04/30	VOP (POLIO ORAL)		
RUBEOLA	DOSIS 1	2000/04/29	SRP (SARAMPION+RUBEOLA+PAROTIDI)	✓	
SARAMPION	DOSIS 1	2002/07/05	AS (SARAMPION)	✓	
SRP	DOSIS 1	2000/04/29	SRP (SARAMPION+RUBEOLA+PAROTIDI)	✓	
	REFUERZO 1	2004/04/30	SRP (SARAMPION+RUBEOLA+PAROTIDI)		
Td (Adultos)	DOSIS 1	1999/06/30	DPT (BACTERIANA)		
	DOSIS 2	1999/09/15	DPT (BACTERIANA)		
	DOSIS 3	1999/12/02	DPT (BACTERIANA)		
	DOSIS 4	2000/12/22	DPT (BACTERIANA)		
	DOSIS 5	2004/04/30	DPT (BACTERIANA)		
TD (niños)	DOSIS 1	2004/04/30	DPT (BACTERIANA)		

PAIS 111 2.7.4 (2013.03.07)

Page: 2
Fecha: 15/03/2016

2001/04/30

DEUTERIANNA

—

1

王

Figure 1

1

1

ИЗДАТЕЛЬСТВО

三

Michigan

LOTE

LABORATORIO

YACUNABOK

DITTERIA (Sola)

PAROTITIDITIS (Sola)

REFUERZO

2000/04/29
2004/04/30

SFP (SARAMPION+R1/BEOL A+PAROTIDI
SHP (SARAMPION+R1/BEOLA+PAROTIDI)