

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión	1	05/03/12	SEIOM	García
Rubéola	1		012N1011	
Toxoide Tetánico	2			
Difterico	3			
Td	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

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

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

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombre: Manuel Santiago

Apellidos: Springer Peña

Documento de identidad: C.C. T.I. Y Pasaporte No. 2842417

Fecha de Nacimiento: Día. 21 Mes. 12 Año. 1948

IMPORTANTE

Las vacunas son microorganismos vivos (atenuados), microorganismos muertos u otras sustancias que se introducen al organismo y que hacen producir defensas o anticuerpos contra diferentes enfermedades; el organismo en ese proceso puede presentar algunas reacciones o complicaciones, pero en todo caso en un número muchas veces menor, que los problemas ocasionados por la enfermedad que puede presentarse si el niño no se vacuna.

Si usted tiene alguna preocupación o duda, antes de vacunar su niño, agradecemos consultar con el médico o la enfermera del consultorio.

EDIFICIO

Clinica Medellín

EL POBLADO
PROPIEDAD HORIZONTAL

Consultorio de Vacunación
Calle 7 No. 39-290 Cons. 806
Tels: 266 01 04 - 266 71 53

TARJETA DE VACUNACIONES

Servicio de Vacunación Internacional

Nombre: Manuel Santiago Springer

Fecha de Nacimiento: Dic-21-48

Dirección: 5411276

Teléfonos: 5411276

MIR 12 JUN 2002

VACUNACION CONTRA	FECHA	
	Primovacuna	Refuerzos
1. Tuberculosis (BCG)	DIC-28-98	
2. Poliomeilitis	DIC-29-98 FEB 22-99 JUN 21-99	JUN 21-2000 08 ENE 2004
3. Difteria, Tosferina, Tétanos (DPT, DT, Td)	FEB 22-99 ABR 21-99 JUN 21-99	JUN 21-2000 08 ENE 2004
4. Tétanos (Toxoide Tetánico)	15 Años	
5. Triple Viral (Sar. Pap. Rub.)	DIC 17-99	12 NOV. 2009
6. Sarampión		
7. Paperas (Parotiditis)		
8. Rubeola (Sar. Alemán)		

Vacuna 21 JUN 2000 12 NOV. 2009

Hepatitis A 10 Noviembre-08-2000.

9. Influenza	02 MAY 2002	
10. Hepatitis B	DIC-29-98 EZE 28-99 JUN 21-99	
11. Pneumovax	FEB 22-99	JUN 21-2000
12. Hemophilus B (Prohibit - Titter)	ABR 21-99 JUN 21-99	
13. Meningoc. B-C		
14. Otras: F. Amarilla, F. Tifoidea, Cólera, Viruela, Acné, etc.	02 MAY 2002	Prevenir

FIebre Amarilla 24 MAYO 2010

OTRAS INMUNIZACIONES OTHER IMMUNIZATIONS	VACUNA	FECHA	DOSIS	FIRMA DEL MEDICO	SPCOL No. 119548	Cortesia de: sanofi pasteur	CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACIÓN INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION		
							MODELO APROBADO POR LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE LA SALUD		
Nombre del viajero (Name) <u>MANUEL SANTIAGO SPRINGER PUERTA</u>									
Dirección (Address) _____									
Ciudad (City) Departamento (State) País (Country) <u>Medellin Antioquia Colombia.</u>									
Documento de identidad (I.D.) _____									

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACIÓN
CONTRA LA FIEBRE AMARILLA
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION
AGAINST YELLOW FEVER

SPCOL
No. **119548**

Certifico que: Manuel Springer P. Sexo: MAS
This certify that Manuel S Sex
Cuya firma aparece enseguida Manuel S Fecha de Nacimiento DIC 21-98
Whose signature follows Date of birth

Ha sido en la fecha indicada, vacunado (a) o revacunado (a) contra fiebre amarilla.
Has been vaccinated or revaccinated against yellow fever on the date indicate.

Fecha Date	Firma, profesión y dirección del vacunador Signature, Professional status and address of vaccinator	Fabricante y No. de lote Manufacturer and batch number of vaccine	Sello oficial del Centro de vacunación Official stamp of Vaccination Center
24 MAR 2002	<u>Dr. Luciano A. Vélez A.</u> Reg. 1458 Esp. Hematólogo	LOTE# <u>0601-2</u> <u>AB SANGA</u> <u>PASTEUR</u>	

Centro de vacunación: DR. Luciano Vélez A.
Vaccination Center
Dirección: Clinica Medellin P. Ciudad: Medellin Estado o País: Colombia
Address City State

ESTE CERTIFICADO ES VALIDO solamente si la vacuna utilizada ha sido aprobada por la Organización Mundial de la Salud y el centro de vacunación ha sido habilitado por la administración sanitaria del territorio, en el cual el Centro esté situado. La validez de este certificado se extenderá por un periodo de 10 años, empezando 10 días después de la fecha de vacunación o, en caso de una revacunación en el curso de este periodo de 10 años, desde la fecha de revacunación.

Toda corrección o enmendadura sobre este certificado o la omisión de cualquiera de una de las menciones, puede afectar su validez.

THIS CERTIFICATE IS VALID Only if the vaccine used has been approved by the World Health Organization and if the vaccination center has been designated by the thealth administration for the country in which that is situated.

Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete aby part of it, may render it invalid.

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
H3	①	30-I-2020 (UFX19002)		
H3	2	1 Mayo / 2020		
H3	3			
HA	1.	02-05-2002.		
FA.	UD.	24-05-2010 (DEOL-L)		
Pneumovax.	UD.	30-I-2020		
	Lote:	2023917		
TV.	Ref	12-11-2009		
Varicela.	Ref	30-I-2020 (ATOCDA3A)		

SPCOL.SAPAS.18.07.0081

SINERGIA OLL **Certificado de
EN SALUD S.A. Vacunación**

Institución: _____
Nombre: Manuel Santiago Springer P
Identificación: 1037666080 Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
T.T	①	21-06-99		
T.T	②	21-06-2000		
T.T	③	8-01-2004.		

Cortésia de Sanofi Pasteur

