





Meningococo 05 JUN 2001  
 Varicela 05 JUN 2001

## REGISTRO DE VACUNACION

VACUNAS	DOSIS					
	1a.	2a.		3a.		
	Fecha	FECHA		FECHA		
	Vacuna	Cita	Vacuna	Cita	Vacuna	
B.G.	22 DEC 1997					
D.P.T.	27 FEB 1998			1/30		
Polio	27 ABR 1998			20/98		
Sarampión						
Fiebre Amarilla	1 OCT 2010					Valido 20 años
HB	16 DIC 1998					

\* En zonas endémicas.

## CITAS PROGRAMADAS

CONS.	MEDICO E.C.A.	FECHA	HORA	CUMPLIO	
				SI	NO
19	Enero/98		12:30	C/29	
17	mayo		8:30	C/129	
17	junio	miércoles	8:30	C/129	
3	Septiembre 17	1998	8:30am	C/129	-9 meses
	Diciembre 11	1998	C/129	(viernes)	
	10:20am - 12	meses			
	Abril 13/99			C/129	
	3:00p.m. - 16	meses			
	ST PT	20	11:55		
11	Agosto 3	PM	C/244		
Sept	11/99	3pm	C/244		
Enero	6/2000	3pm	C/244		

Hepatitis 05 JUN 2001

## CITAS POR URGENCIAS

Hemophilus	① 24 FEB 1998
	② 27 ABR 1998
	③ 30 JUN 1998

SRP 16 DIC 1998

## Recuerde

- Las vacunas no enferman; producen reacciones que indican la creación de defensas en el organismo.
- No olvide aplicar los refuerzos, son indispensables.
- Conserve este carné en buen estado y guárdelo en lugar seguro.
- Consulte cualquier duda o reacción sobre la vacuna.
- Presente siempre este carné cuando se vaya a vacunar.



pués los otros alimentos. El agua para tomar y para preparar los jugos debe ser hervida.

## CUIDADOS GENERALES

Báñelo todos los días, lávele las manos y los dientes, córtele las uñas, póngale zapatos cuando camine. No use talcos, ni chupos. No le dé aceites para purgarlo. Evite que su niño se acerque a enfermos.

## PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

**Intoxicaciones:** No deje al alcance del niño drogas o venenos que pueda tomar.

**Quemadura:** No deje a su niño solo en la cocina; evítele el contacto con fósforos, cocinol, gasolina o pólvora.

**Heridas o fracturas:** No le deje al alcance objetos corto-punzantes. Evítele juegos en lugares peligrosos.

**Ahogamiento:** No lo deje solo en la alberca, en pozos o quebradas.

## VACUNACION

Hágalo vacunar. Al cumplir el primer año de vida, debe tener completas todas las vacunas con todas sus dosis. De esta manera, el niño no sufrirá de enfermedades prevenibles.

**DIARREA** No suspenda la alimentación.

Es peligrosa. Si su niño tiene diarrea dele suero oral, si no lo tiene, dele suero casero y acuda a la promotora o al Organismo de Salud.

antigripa 05 JUN 2001  
 03 AGO 2001



**Nombre:** M<sup>ca</sup> Camila Guerra Correa

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ RC 26808667

## Registro de Vacunación

### Hepatitis B

1ª dosis	2ª dosis	3ª dosis	Refuerzo

### Meningococo

1ª dosis	2ª dosis
05 JUN 2001	03 AGO 2001

### Antigripal

1ª dosis	Refuerzo	Refuerzo	Refuerzo	Refuerzo
05 JUN 2001	03 AGO 2001	2007		

### Neumococo

1ª dosis	Refuerzo	Refuerzo	Refuerzo	Refuerzo
05 JUN 2001	2006			

### Td

1ª dosis	2ª dosis	3ª dosis	4ª dosis	5ª dosis

### Antiamarílica

Dosis única	Refuerzo
01 OCT 2010	

Valido 20 años

### Haemophilus tipo B

--

1ª dosis

### Varicela

2ª dosis

05 JUN 2001
-------------

1ª dosis

### Hepatitis A

2ª dosis

05 JUN 2001	18 DIC 2007
-------------	-------------

### Otras Vacunas

--

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	24-02-1998.		
	2	27-04-98.		
	3	30-06-98		
	4	28-04-2000.		
	5	03 JUN. 2016	D2276	Cis 80.
Contra Hepatitis B	1	07 JUN-16	143A021	Kelly H
	2	29 NOV. 2016	AH0VC53651	
	3	05 ABR. 2017	UFX16023	
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza		03 JUN. 2016	UI596AB	Cis 80 Dne P.
		08 JUN. 2017	US 111AA	
		17 OCT 2018	1100011	
Virus de Papiloma Humano		13 NOV 2019	UJ171AB 21FEB19 21FEB20	
Varicela	①	07-6-16	S101965	Kelly Henao
	②	7-07-16		



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**

Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

*ofaria Ramila.*

Apellidos:

*Goerra Correa*

Documento  
de identidad:

C.C.

☒

Pasaporte

☐

No.

*1037680331*

Fecha de  
Nacimiento:

Día

*11*

Mes

*12*

Año

*1997*

  
**MiVacuna**  
Covid-19

[www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)



La salud  
es de todos

Minsalud

  
**MiVacuna**  
Covid-19

**Certificado de vacunación**

Nombres:

Maria Camila

Apellidos:

Guerra Correa

Documento  
de identidad:

C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuál:

No. 1.037 660 331

Fecha de  
nacimiento:

Día 11 Mes 12 Año 1997

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	5-07-21	Pfizer	efos 86	C.V.I Debora	tatiana Alvarez	1033334112
	2			26	Julio		

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**



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

TODOS LOS DÍAS SON  
DÍAS DE VACUNACIÓN



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

### Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

María Camila.

Apellidos:

Guerra.

Documento  
de identidad:

C.C. ☒ T.I. ☐

Pasaporte ☐

No. 1037660331

Fecha de  
Nacimiento:

Día. 11

Mes. 12

Año. 1997



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	22 Feb 12	012 N1011	Andrea
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		24 Mayo 2021		Jennifer
Otras		cada año Abril Mayo		