

**OBSERVACIONES**

B.C.G.      Contra Tuberculosis

POLIO:      Contra la Poliomielitis

D.P.T.      Contra Difteria, Tosferina y Tétanos

TRIPLE VIRAL      Contra Sarampión, Rubéola y Papéras

T.D.      Contra Tétanos y Difteria

T.T.      Toxide Tétanico -

HEPATITIS - B      Antihepatitis - B

**TODO NIÑO DEBE  
TENER LAS VACUNAS AL CUMPLIR UN AÑO**

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD  
DE BOLIVAR**

**PROGRAMA AMPLIADO DE  
IMUNIZACIONES PAI**

**CARNET DE VACUNACION**

NOMBRE: *Martín H. Barreira García*

EDAD:

FECHA DE NACIMIENTO: *dic 14 / 98*

ORGANISMO DE SALUD: *U.S. J. D.*

*Fiebre Amarilla - Enero 18 - 04*

**ESQUEMA UNICO DE VACUNACION**

TIPO DE BIOLÓGICO	D O S I S						ADICIONALES		
	1 <sup>a</sup> Dosis		2 <sup>a</sup> Dosis		3 <sup>a</sup> Dosis		R-1	R-2	R-3
	FECHA	VACUNA	FECHA	VACUNA	FECHA	VACUNA			
POLIO	<i>4/99</i>	<i>5/99</i>	<i>6/99</i>	<i>7/99</i>	<i>12/99</i>	<i>12/99</i>			
D.P.T.									
B.C.G.	<i>dic 14 / 98</i>								
SARAMPION									
HEPATITIS B	<i>4/99</i>	<i>5/99</i>	<i>6/99</i>	<i>7/99</i>	<i>12/99</i>	<i>12/99</i>			
TRIPLE VIRAL									
T.T.									

Nombre del vacunador o Responsable: *A. Gudiño*

MARTÍN Alonso Barreira García    FN 14-12-98

Vacuna	Enfermedad que previene	Número de dosis y edades de aplicación	Fecha Aplicación	Cita	Nombre Vacunador
BCG		Dosis única:			
PENTA	Oferta Tétano Tosferina Meningitis, Hepatitis B	Primera Dosis:			
		Segunda Dosis:			
		Tercera Dosis:			
		Primera dosis a Nacerán nacido			
ANTIHEPATITIS	Hepatitis B	Segunda dosis:			
		Tercera dosis:			
		Dosis Adicional (Recién nacido)			
		Primera dosis:			
		Segunda dosis:			
		Tercera dosis:			
ANTIPOLIO	Paratifo infantil (Poliomielitis)	Primer refuerzo: 18 meses de edad			
		Segundo refuerzo: A los 5 años de edad			
		Primera dosis:			
		Segunda dosis:			
		Tercera dosis:			
		Primer refuerzo: A los 10 meses de edad			
		Segundo refuerzo: A los 5 años de edad			
DPT Mayores de 1 año	Oferta Tosferina y Tétanos	Primera dosis:			
		Segunda dosis:			
		Tercera dosis:			
		Primer refuerzo: A los 10 meses de edad			
		Segundo refuerzo: A los 5 años de edad			
TRIPLE VIRAL	Sarampión, Fiebre y Rubéola	Dosis única: 12 meses de edad			
		Refuerzo: a los 5 años de edad			
ANTISARAMPIÓN		6 a 11 Meses			
ANTIAMARILLA		1 Año			
OTRAS					

## Certificado de Vacunación

Institución: \_\_\_\_\_  
 Nombre: Martin Alonso Bantello  
 Identificación: 9812146492C Tel: \_\_\_\_\_

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacinador
Influenza	29	23-05-16	160151612	Alejo
Varicela	01	23-05-16	160151612	Alejo
	02	23-07-16	510472	Elmery

Ministerio de Salud Pública

Neumococo

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacinador
Prevenar	1	23-05-16	M57464	Alejo

**Prevenar® 13** *Valente*  
 Vacuna Conjugada Neumocócica  
 13-valente  
 (óptima CRM, Proteína)

Marca Registrada 3.209-06

Suspensión inyectable.  
 Via de administración IM  
 1 dosis (0,5 mL)

Exhibitor Registro No.  
 887884 30/06/07/06/01

Paquetado: 10/10

Lot: M57464

Val: 01 2018

PAQUETADO

CCAG0130970



**Certificado de Vacunación**

Institución: Martin Alonso Barreiro Epce  
 Nombre: Martin Alonso Barreiro Epce  
 Identificación: 191240125 Tel: 358

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Hepatitis B	1	09.06.16	AHBUS 410 ALE	[Firma]
	2	08.07.16	AHBUS 410 ALE	[Firma]
	3	09.12.16	AHBUS 410 ALE	[Firma]

Control de Salud

Influenza 2021


**Certificado de Vacunación**

 **BOGOTÁ  
MEDELLÍN  
RIONEGRO**


Institución: \_\_\_\_\_  
 Nombre: Martin Alonso Guerrero  
 Identificación: 1152223345 Tel: \_\_\_\_\_

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma
INFLU 2	UN	09/07/21	29030AB	[Firma]

Certificado de Vacunación




**MiVacuna**  
Covid-19  
[www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)



La salud es de todos

Minisalud



**Certificado de vacunación**

Nombre: Martin Alonso

Apellidos: Barreiro Garcia

Documento de identidad: C.C.X.T. ☐ Pasaporte ☐ P.P. ☐ Otro ☐ Cual

Nº: 1152223345

Fecha de nacimiento: 14 12 1998

Subtipo	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	DPS nacional	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	8-04-2021	Pfizer	EW 3344	U. H. Castilla	Lina Soto	66867065
	2	29-04-2021	Pfizer	ET6924	UH Castilla	Jonathan Ferreira	6609310

### Hepatitis A

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
HptA	①	04.06.19	136972V	Ange
	②	15.09.21	136972V	Claret

SPC/SAPAS 1807 2001