

CONSERVE ESTE CARNÉ

SE REQUIERE PARA UN BUEN CONTROL DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN PRESENTELO SIEMPRE QUE ASISTA A UN SERVICIO DE SALUD.

Todo niño vacunado está protegido contra enfermedades graves.

Después de la vacunación, el niño puede presentar reacciones 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.

"En caso de presentarse una reacción distinta a las anteriores, consulte a la institución de salud más cercana"



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
METROSALUD
MEDALLIN
CON SUS SERVICIOS Y SU SERVICIO

**CARNÉ DE VACUNACIÓN
(SIS 153)**

Daniela Valentina Mayo
NOMBRE DEL VACUNADO

FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año
25 01 03

INSTITUCIÓN *Si se está*

MUNICIPIO *Medellin*

H.C. NUMERO

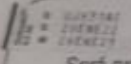
Su próxima cita es 15 AÑOS
(Con lápiz)

503251100

DANIELA

ESQUEMA DE VACUNACIÓN


VACUNA	Dosis	FECHA DE VACUNACIÓN			Lote	Nombre del Vacunador	Refuerzos	Lote
		Día	Mes	Año				
B.C.G. (Antituberculosis)	U	14	ABR	2003	819	Ziana		
Antipoliomelítica	R.N.	27	02	03		ma		
	1ª	04	05	03	608A	Ziana	30-02-04	
	2ª	30	05	03		ma	04-02-08	075402
Pentavalente DPT - HB - Hib	3ª	10	07	03		ma		
	1ª	30	05	03		ma		
	2ª	4	04	03		ma		
D.P.T. Difteria, Tosferina, Tétanos	3ª	10	07	03		ma		
	1ª						30-02-04	
	2ª						04-02-08	075402
Antihepatitis B	3ª							
	1ª	14	02	05		ma	01-02-08	075402
	2ª							
Triple Viral (Sar. Pap. Rub.)	U	23	11	03	7105B	1587	04-02-08	075402
Toxoide Tetánico (Tétanos)	1ª							
	2ª							
	3ª							
Toxoide Diftérico (Tétanos y Difteria)	1ª							
	2ª							
	3ª	10	07	03		ma		
Sarampión	U							
Antifiebre Amarilla	U	30	07	04				
Meningo - BC (Meningococo)	1ª							
	2ª							
	3ª							
Hib. (Hemofilius Influenza)	U	14	ABR	2003	601730A23	Ziana		
Rubeola	U	02	12	10	10101830	HICKEL		
Otras								

 **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.

La salud es de todos



La salud es de todos

Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: **DANIELA VALENTINA**
 Apellidos: **MAZO TALAÑA**
 Documento de identidad: C.C. X TI. Pasaporte No. **ID00S34104**
 Fecha de nacimiento: Día **25** Mes **01** Año **2003**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	05-04-21	R3 MIEIV	JESSICA G.
Tétanos - Difteria (Td)	1			
	2			
	3			
	4	24-10-18	221501316a	JESSICA
	5	04-03-21	23386024F	DIOJANO L. GONZALEZ
Tdap acelular	1	4	110120	2031.
	2			
VPH	1	24-10-18	N035920	JESSICA
	2	04-03-21	1009087	DIOJANO L. GONZALEZ

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	30-09-21	UPX 20008	IPS VACUNACION
	2	30-10-2021		
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	10-09-21	UJ6310C	WISSA
Otras				