

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, consulta a la
institución de salud más cercana



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
TAMESIS - ANTIOQUIA

NIT. 890.980.855-3

Tels.: 849 46 01 - 849 48 02 - 849 45 91

CARNÉ DE VACUNACIÓN (SIS 153)

Isabel Zapata Duval

NOMBRE DEL VACUNADO

FECHA DE NACIMIENTO:

DIA	MES	AÑO
03	05	02

INSTITUCIÓN:

ESSE HSD

MUNICIPIO:

Tamesis

CARNÉ NÚMERO:

8073

SECTOR:

ZONA:

AREA:

016

Su próxima cita es:

21/7/02
(Con lápiz)

RC. 34690238

ESQUEMA DE VACUNACION

VACUNA	DOSIS	FECHA VACUNA			LOTE	NOMBRE DEL VACUNADOR	REFUERZO	LOTE					
		DIA	MES	AÑO									
B.C.G. (Antituberculosis)	U	11	05	02	6483								
Antipoliomielítica	R. N.	11	05	02	8426		28-01-04	5823					
Penta	1ª	04	07	02		L.	22-4-06	4520					
	2ª	10	10	02	8702		25-01-07	5554					
	3ª	19	12	02									
D.P.T.	1ª	04	07	02			28-01-04	30209					
(Difteria, Tosferina, Tétanos)	2ª	10	10	02	15932		25-01-07	30605					
Antihepatitis B.	1ª	04	07	02									
	2ª	10	10	02	15932								
	3ª	19	12	02									
Triple Viral (Sar. Pap. Rub.)	U	7	06	03			25-1-07	1220					
Toxoide Tetánico	1ª												
(Tétanos)	2ª												
	3ª												
Toxoide Diftérico	1ª	20	12	13	22180156A	Diana							
(Tétanos y Difteria)	2ª	prox			20-12-2023								
	3ª												
Sarampión	U	22	04	06	689								
Antifebre Amarilla	U	7	06	03									
Meningo - BC	1ª												
(Meningococo)	2ª												
Hib.	1ª	04	07	02									
(Haemophilus Influenza)	2ª	10	10	02	385900								
	3ª	19	12	02									
Rubeola	U												
Prevenir	D1	11	SET	2002	D2	12	NOV. 2002	D3	19	FEB. 2003	D4	16	MAR.



CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombres: Maria Isabel
Apellidos: Zapata Pavila
I.D: 1000 099 666
Fecha de Nacimiento: 03 May 2002

¡VACÚNATE!

UNA RESPONSABILIDAD COMPARTIDA

Calle 54 N° 46-27 Consultorio 1008

Torre fundadores Avenida Oriental Centro

Tel: 322 01 40 Celular: 310 420 2055

centro.vacunacion.integral@gmail.com

Medellín - Colombia

VACUNA	DOSIS	FECHA	BIOLOGICO	LOTE	FIRMA
HEPATITIS B	1				
	2				
	3				
	RZO				
HEPATITIS A	1				
	2				
HEPATITIS A+B	1	28-Agosto-2021	Twinkl	A+9864068	Cristina L
	2	28-September 2021	Twinkl	AHA 0040280	Cristina L
	3	28-03-2022			
Td (Toxoide Tetánico y Diftérico)	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	RZO				
FIEBRE AMARILLA	U				
SRP (Triple Viral)	1				
	2				
VARICELA	1	28-Sep-2021	Varirix	A70F0438A	Cristina L
	2			28-10-21	

VACUNA	DOSIS	FECHA	BIOLOGICO	LOTE	FIRMA	OTRAS VACUNAS
INFLUENZA	1	28-Sep-2021	Flucelvax	UJ531A2	Cristina L	
	2		Anual	2AENE22		
	3			2AENE21		
NEUMOCOCO	1					
	2					
DPT (Tétano, Difteria, Tosferina)	1					
	2					
MENINGOCOCO	1					
	2					
ANTIRRABICA	1					
	2					
	3					
PAPILOMA VIRUS (VPH)	1					
	2					
	3					
HERPES ZOSTER	1					
	2					
FIEBRE TIFOIDEA	1					
	RZO					

PROXIMA CITA

Certificado internacional de vacunación o profilaxis

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE LA VACUNACIÓN O DE LA PROFILAXIS
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE

Certifica que:
Maria Isabel Zapata Dávila
This is to certify that (name) / Nous certifions que (nom)

Fecha de Nacimiento Sexo Nacionalidad
03-05-2002 Femenino Colombiana
date of birth/ né(e) le Sexe/ de sexe nationalité/et de nationalité

Documento nacional de identificación
1000099666
national identification document/ document d'identification national

Vacuna o profilaxis /	Fecha	Firma y título del profesional que supervisa la aplicación
Vaccine or prophylaxis	Date	Signature and professional status of supervising clinician
Vaccin ou agent prophylactique	Date	Signature et titre du clinicien responsable
<u>Fiebre Amarilla</u>	<u>01-06-03</u>	<u>[Signature]</u>

4

Reglamento sanitario internacional

INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS /


Cuya firma aparece a continuación:
Maria Isabel Zapata Dávila
whose signature follows / dont la signature suit

En la fecha indicada ha sido vacunado o recibido profilaxis contra
has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against:
Fiebre Amarilla
a été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre:

de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional
in accordance with the International Health Regulations
Conformément au Règlement sanitaire international


Fabricante y número de lote de la vacuna o profilaxis	Certificado válido	
	Desde	Hasta
Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis	From	Until
Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot	à partir du	jusqu'au
<u>Serono Pasteur</u> <u>A1252</u>	<u>03-06-03</u>	<u>03-06-03</u>

5




MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud es de todos

Minsalud



MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Maria Isabel

Apellidos: Zapata Dávila

Documento de identidad: C.C. X.T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cédula ☐

No. 1.000.099.666

Fecha de nacimiento: Día 03 Mes 05 Año 2002

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	<u>03-06-21</u>	<u>Pfizer</u>	<u>BW0216</u>	<u>Masiva 80</u>	<u>Tatiana Alvarez</u>	<u>1039472975</u>
	2				<u>02</u>	<u>Diciembre</u>	

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:

Maria Isabel

Apellidos:

Zapata Davila

Documento
de identidad:

C.C. T.I. Pasaporte

No.

1000099666

Fecha de
Nacimiento:

Día *03* Mes *05* Año *2002*

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	<i>7-06-03</i>		
<i>Dpt.</i> Toxoide Tetánico Diférico Td	1	<i>4-07-2002</i>		
	2	<i>10-10-02</i>		
	3	<i>19-12-02</i>		
	4	<i>28-01-04</i>		
	5	<i>25-07-07</i>		
Contra Hepatitis B	1	<i>4-07-02</i>		
	2	<i>10-10-02</i>		
	3	<i>19-12-02</i>		
	R			

2017
15 de Julio
Luz Marina Contreras
Vacunadora
Reg. 51323
E.S.E HSD Tames

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1	<i>7-06-03</i>	<i>1493</i>	<i>[Firma]</i>
	2	<i>7-12-2013</i>	<i>15478</i>	<i>[Firma]</i>
Contra Influenza	1	<i>18-08-04</i>		
Virus de Papiloma Humano	1 ^a	<i>15/05/2013</i>	<i>5000002</i>	<i>Colegio Restrepo</i>
	2 ^a	<i>14/11/2013</i>	<i>5000002</i>	<i>Po Rotinon Enrigado</i>