

CERTIFICADO DE VACUNACION SIS-153

Nombre Morayo Prado Miguel Angel

Organismo C.S. Sur Occidente

Municipio Popayan

Fecha de Nacimiento 30-1-96

Nombre de la madre Consuelo Prado

Dirección Calle 4 # 22-25 B/Pandaguano

SE VICE DE SALUD DEL CAUCA

RECUERDE

- 1o. - Las enfermedades ATACAN al niño desde su nacimiento; hoy ya vacunan desde el primer mes de vida.
- 2o. - Los vacunos protegen la Salud de su niño.
- 3o. - Su niño solo queda vacunado si se le aplican TODAS las dosis recomendadas de cada vacuna.
- 4o. - Conserve esta tarjeta en buen estado y LLEVELA al puesto de salud en la próxima cita.
- 5o. - A partir de los 13 años toda mujer debe ser vacunada, para evitar que sus hijos adquieran el TETANO.
- 6o. - Esta tarjeta es válida en todos los PUESTOS DE SALUD del país.

CONSERVELA

VACUNAS	FECHAS			
	1a Dosis o Vacuna	2a Dosis CITA	3a Dosis CITA	DOSIS ADICIONAL
POLIO	1-1-96	2-1-96	3-1-96	12-12-96
D. P. T.	1-1-96			
T. T.				
HEPATITIS B	1-1-96	2-1-96	3-1-96	
B. C. G.	1-1-96			
SARAMPION				
TRIPLE VIRAL	1-1-96			
FIEBRE MARILLA				
Nombre del Vacunador				

RECOMENDACIONES

No hacerse masaje en el sitio de aplicación de la vacuna.

En caso de dolor o inflamación colocar hielo o paños de agua fría en el lugar de aplicación o tomar medicamentos según prescripción médica.

Si usted se vacuna contra meningococo o tétanos es normal las siguientes reacciones: fiebre, dolor frecuente, enrojecimiento.

Si se aplica MMR, Rubéola, Sarampión o Fiebre Amarilla debe esperar tres meses para quedar en embarazo.

Si se presenta un síntoma diferente a los explicados anteriormente favor dirigirse a Prevent-Salud ubicado en la Cta. 10 # 17AN-32 Barrio Antonio Harbo. Teléfono: 820 16 98

MUCHAS GRACIAS

IMPORTANTE

Las vacunas ayudan que nuestro organismo desarrolle defensas contra los agentes infecciosos contenidos en cada una de ellas. Estas defensas se activan cuando entramos en contacto nuevo con los microorganismos, protegiéndonos así contra las enfermedades.

PREVENT-SALUD



PREVENT-SALUD
SERVICIO DE SALUD DEL CAJICA

Carrera 10 No. 17AN-32 Barrio Antonio Harbo
Teléfono: 820 16 98 prevent.salud@gmail.com
POMBOY - COLOMBIA

CARNET DE VACUNACIÓN

cc96013010608

NOMBRE: Miguel Angel Muncazo

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

ESQUEMA DE VACUNACIÓN ADULTOS

VACUNA	1ª DOSIS	2ª DOSIS	3ª DOSIS	REF.	REF.
HEPATITIS B	20-11-12	20-11-12	20-11-12	No. Lote	No. Lote
TETANO	No. Lote	No. Lote	No. Lote	No. Lote	No. Lote
VPV1	No. Lote	No. Lote	No. Lote	No. Lote	No. Lote
INFLUENZA	No. Lote	No. Lote	LETOSPIRA	No. Lote	No. Lote
TWINKX	No. Lote	No. Lote	No. Lote	No. Lote	No. Lote
MENINGITIS	No. Lote	No. Lote	PIERRE AMARILLA	No. Lote	No. Lote
HEPATITIS A	No. Lote	No. Lote	MMR	No. Lote	No. Lote
VARICELA	No. Lote	No. Lote	TOOKTIX	No. Lote	No. Lote
NEUMOCOCCO	No. Lote	No. Lote	PIERRE TIPOIDEA	No. Lote	No. Lote
OTRAS	No. Lote	No. Lote	No. Lote	No. Lote	No. Lote
OTRAS	No. Lote	No. Lote	No. Lote	No. Lote	No. Lote

Certificado Internacional de vacunación o profilaxis

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE LA VACUNACIÓN O DE LA PROFILAXIS
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

Certifica que:
This is hereby **certified** that the person who has been vaccinated or received prophylaxis against the disease indicated in this certificate is duly vaccinated or received prophylaxis against the disease indicated in this certificate.

Nombre de la persona vacunada o recibida profilaxis contra:
Miguel Angel Moncayo Pineda

Fecha de nacimiento: **20** **08** **1996**

Documento nacional de identificación:
06613881372

Nombre del médico o profesional de la salud que emite el certificado:
Edna Arcevala

Reglamento Sanitario Internacional

INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

Copa firma apersona a certificar:
Miguel Angel Moncayo Pineda

En la fecha indicada en este certificado o recibida profilaxis contra:
Has en the date indicated/ been vaccinated or received prophylaxis against the disease indicated in this certificate.

Fecha de vacunación o recepción de profilaxis:
04/01/2021

Nombre del médico o profesional de la salud que emite el certificado:
Edna Arcevala

Nombre de la persona vacunada o recibida profilaxis	Fecha de vacunación o recepción de profilaxis	Nombre del médico o profesional de la salud que emite el certificado
Miguel Angel Moncayo Pineda	04/01/2021	Edna Arcevala

Nombre de la persona vacunada o recibida profilaxis	Fecha de vacunación o recepción de profilaxis	Nombre del médico o profesional de la salud que emite el certificado

Certificado Internacional de vacunación o profilaxis

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE LA VACUNACIÓN O DE LA PROFILAXIS
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

Certifica que:
This is hereby **certified** that the person who has been vaccinated or received prophylaxis against the disease indicated in this certificate is duly vaccinated or received prophylaxis against the disease indicated in this certificate.

Nombre de la persona vacunada o recibida profilaxis contra:
Miguel Angel Moncayo

Fecha de nacimiento: **20** **08** **1996**

Documento nacional de identificación:
06613881372

Nombre del médico o profesional de la salud que emite el certificado:
Edna Arcevala

Reglamento Sanitario Internacional

INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

Copa firma apersona a certificar:
Miguel Angel Moncayo

En la fecha indicada en este certificado o recibida profilaxis contra:
Has en the date indicated/ been vaccinated or received prophylaxis against the disease indicated in this certificate.

Fecha de vacunación o recepción de profilaxis:
04/01/2021

Nombre del médico o profesional de la salud que emite el certificado:
Edna Arcevala

Nombre de la persona vacunada o recibida profilaxis	Fecha de vacunación o recepción de profilaxis	Nombre del médico o profesional de la salud que emite el certificado
Miguel Angel Moncayo	04/01/2021	Edna Arcevala

Nombre de la persona vacunada o recibida profilaxis	Fecha de vacunación o recepción de profilaxis	Nombre del médico o profesional de la salud que emite el certificado

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.

La salud es de todos



La salud
es de todos

Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombre: **Miguel Angel**
Apellido: **Moncayo Prado**
Documento de identidad: **C.C. X-71** Pasaporte: **No. 1061388172**
Fecha de nacimiento: **Da 30 Mes 01 Año 1996**

Biología	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Guaripax - Influenza Unica	Unica			
Reflex Vacorfa	1			
	2			
Booster Tetano - Difteria (BT)	3			
	4			
	5			
Tdap actualiz	1			
	2			
YPH	1			
	2			

Biología	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Reflex Vacorfa	Actual			
Cham				

ESQUEMA DE VACUNACIÓN ADULTOS

VACUNA	1A DOSIS	2A DOSIS	3A DOSIS	REF.	REF.
HEPATITIS B	No. Lote	No. Lote	No. Lote	No. Lote	No. Lote
TETANO	No. Lote	No. Lote	No. Lote	No. Lote	No. Lote
VPH (Virus del papiloma humano)	No. Lote	No. Lote	No. Lote	No. Lote	No. Lote
INFLUENZA	No. Lote	No. Lote	No. Lote	No. Lote	No. Lote

TWINRIX (Hepatitis A y Hepatitis B)	No. Lote	No. Lote	No. Lote	No. Lote	No. Lote
MENINGITIS (Meningococo CC)	No. Lote	No. Lote	FIEMRE AMARILLA	No. Lote	No. Lote
HEPATITIS A	No. Lote	No. Lote	MMR II (Mezcla de Meningitis, Mordeduras, Rubéola, Sarampión y Tétanos)	No. Lote	No. Lote
VARICELA	No. Lote	No. Lote	BOOKTRIX (Meningitis, Sarampión, Rubéola y Tétanos)	No. Lote	No. Lote
NEUMOCOCCO (Neumococo)	No. Lote	No. Lote	FIEMRE TIFOIDEA	No. Lote	No. Lote
MENACTRA	No. Lote	No. Lote	NEUMOCOCCO PREVENAR	No. Lote	No. Lote
OTRAS	No. Lote	No. Lote	No. Lote	No. Lote	No. Lote
OTRAS	No. Lote	No. Lote	No. Lote	No. Lote	No. Lote



PREVENT-SALUD
SERVICIOS DE SALUD DEL CAUCA

Calle 17 Norte No. 9-85 - Barrio Antonio Nariño
Teléfono: 820 1698 - Celular: 304 218 5800
POPAYÁN - COLOMBIA

RECOMENDACIONES

No hacerse masaje en el sitio de aplicación de la vacuna.

Si usted se vacuna contra meningococo o tétanos es normal las siguientes reacciones: Fiebre, Dolor frecuente, enrojecimiento.

Si se aplica MMR, Rubéola, Sarampión o Fiebre Amarilla debe esperar tres meses para quedar en embarazo.

Si se presenta un síntoma diferente a los explicados anteriormente, favor dirigirse a Prevent-Salud ubicado en calle 17N No. 9-85 Barrio Antonio Nariño - Teléfono: 820 1698

MUCHAS GRACIAS

Las vacunas logran que nuestro organismo desarrolle defensas contra los agentes microbianos contenidos en cada una de ellas. Estas defensas se activan cuando entramos en contacto con los microorganismos, produciendo así contra las enfermedades.

IMPORTANTE

PREVENT-SALUD
SERVICIOS DE SALUD DEL CAUCA



Calle 17 Norte No. 9-85 - Barrio Antonio Nariño
Teléfono: 820 1698
Celular: 304 218 5800
POPAYÁN - COLOMBIA

CARNET DE VACUNACIÓN

c.c. 1061780172

PREVENT-SALUD
SERVICIOS DE SALUD DEL CAUCA

NOMBRE: Nigel Angel Moncayo.

NOMBRE: 30-01-1996.

FECHA DE NACIMIENTO: Medellin 01/11/92.

DIRECCIÓN: 317 806 1967.

