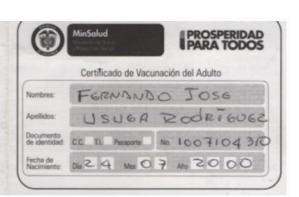
Este carné es válido en Colombia Será exigido para entrar a zonas de riesgo

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



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	7.10.2005	0137160	D Dan
	1			
Toxoide	2			
Tetánico Diftérico	3			
Td	4			13
	5			
	1			
Contra	2			10000
Hepatitis B	3			
	R			1

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	0	22.4.20	7 IGTUFC	0325 DING
Contra Influenza	0	26.8.2	017 P3059	NV PHAR
Virus de Papiloma Humano				1
VACION	A(1)	26-8-3	850H F10	108 CHAR





Qué inteligente es prevenir, vacunación segura

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN DEL ADULTO

NOMBRES: FEMANDO JOSE

APELLIDOS: USUGA RODVIGUEZ

DOC. IDENT.: C.C. T.L.Y No. 1007104310

F. NACIMIENTO: Día 2 4 Mes 0 7 Año 2 0 0 0

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma		Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampion	· 5 1 1	a n oct	2018 A69	CENEV	NH	F. Amarilla	_U			
Rubéola	1 1	2. DCT 20	17 704T	Shira	is (Influenza	1135s	PC1 201	01886 01866	A Hand
Toxoide Tetánico	2	2 FEB 20	MA FOST	Dolar Home	ac	Varicela	1 2	0.00	2010 A	OCOZIGA
Te -	4	- 3 001	70041-3(0)	-CONG		Contra	1 2	DS DCT		REV LOCA
Contro	111	2 OCT 20	171434033	Song	N	Hepatitis A		LU ULI.	2020 150	not par
Contra lepatitis B	3 4 R	3 6014	CHXIED	DI Hook	20	Otros				

Todo niño vacunado está protegido contra enfermedades graves.

Después de la vacunación, el niño puede presentar reacciones normales 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.

Algunos niños no presentan reacciones.

Estas reacciones son individuales. Cada niño presenta signos y síntomas diferentes.

"En caso de presentarse una reacción distinta a las anteriores, consulte en el lugar donde le aplicaron las vacunas"

CONSERVE ESTA CARNET
SE REQUIERE PARA UN BUEN
CONTROL DEL ESQUEMA
DE VACUNACION

Presentelo cuando acuda a cualquier Institución de Salud

DIRECCION	S	ECCI	ONAL	DE
SALUD I	DE	ANT	logui	A

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO

FERNAND SOSE DEUGA DEUGZ
NOMBRE DEL VACUNADO
FECHA DE NACIMIENTO: 3 24 07 00
INSTITUCION H-S A
MUNICIPIO: BURITICA
CARNE Nº
ZONA: SECTOR: AREA:
DIRECCION:
SU PROXIMA CITA ES:
(CON LAPIZ)

VACUNA		FECHA VACUNA				NOMBRE	- 23.5.7	
	DOSIS	DIA	MES	AÑO	LOTE	VACUNADOR	REFUERZO	
B.C.G. (ANTITUBERCULOSIS)	U	01	08	00		Almer		
	R.N.	01	08	00		Dirman	17.11.01	
ANTIPOLIOMIELITIS	12	29	09	00		Derme	1.6.02	
PARTY SEIGHBERTIN	21	85	6.1	00		N	14-10-05	
	31	30	03	01	/	1		
No. of the last of	10	29	09	00		Jamas	1-6.02	
(DIFTERIA, TOSFERINA, TET.)	24	28	11	60		Perman	14-10-05	
	31	30	03	01	lanca and	10		
	12	01	08	00	1	Dirme		
ANTIHEPATITIS B	28	29	09	00	2	Dimar		
	31	28	41	60	/			
ANTISARAMPION	U	21:	6	02				
T.D.	10							
(TETANOS, DIFTERIA)	24						The state of	
M.H. (PAP., SARAMP., RUB.)	U	28	09	01		Lorunge	14 10.05	
ANTIFIEBRE AMARILLA	U	22	04	2017	167VFCC	BOS DIM	The state of	
MENINGO-BC (MENINGOCOCO)	19				1			
	24					1		
	12	29	09	00		Umai		
(HEMOFILUS INFLUENZA)	2#	28	11	00		1		