



### Certificado de vacunación

Nombres:

Sara Vanessa

Apellidos:

Londoño Betancur

Documento de identidad:

C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuál:

No.

1017198669

Fecha de nacimiento:

Día

05

Mes

01

Año

1992

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	08/04/21	Pfizer	EW 3341	HMFs	Angie Villada	1152453561
	2	29/04/21	Pfizer	ET 6924	Hmfs	Valentina Díaz Gómez C.C. 1.017.252.689 Auxiliar en Enfermería Res. 05-4917-10	

### INSTRUCCIONES

Las vacunas no enferman. Producen algunas reacciones que indican la creación de defensas en el organismo de los vacunados.

Si su niño ha sido vacunado contra la tuberculosis se le formará un pequeño encono en el sitio de aplicación que le cicatrizará en tres meses aproximadamente.

No le aplique nada. Báñelo con agua y jabón; no permita que se rasque.

La vacuna de Sarampión produce un poco de fiebre 6 a 10 días después de su aplicación y algun brote, como reacción normal.

La vacuna D.P.T. produce un poco de fiebre los dos primeros días.

La vacuna de Sarampión produce un poco de fiebre 6 a 10 días después de su aplicación y algun brote, como reacción normal.

IMPRESA METROSALUD

SMI 402



MUNICIPIO DE MEDELLIN  
INSTITUTO METROPOLITANO DE SALUD  
-METROSALUD-

SECCION MATERNO INFANTIL

NOMBRE: *Vanessa Londono Betancur*

DIRECCION:

BARRIO:

TELEFONO: *4 de 5 15/91*

CARNE DE VACUNACION

Para que el niño quede verdaderamente protegido debe recibir:

- 3 Dosis de vacuna antipoliomielítica.
- 3 Dosis de vacuna D.P.T. o Triple
- 1 Dosis de vacuna contra Sarampión
- 1 Dosis de B.C.G.
- Refuerzos según indicación.

ANTITUBERCULOSA (B.C.G.)					ANTISARAMPIONOSA				
Dosis	Fecha	Lote Laboratorio	Institución	Firma	Edad	Fecha	Lote Laboratorio	Institución	Firma
1a.	10-1-92	1326m	18	WSDS		X-27-92		C#12	ARI
Refuerzo					Ref.				

TRIPLE BACTERIANA (D.P.T.)					ANTIPOLIOMIELITICA				
Dosis	Fecha	Lote Laboratorio	Institución	Firma	Dosis	Fecha	Lote Laboratorio	Institución	Firma
1a.	III-10-92	029	C#12	ARI	1a.	III-10-92	26A24	C#25	ARI
2a.	IV-24-92		C#25	ARI	2a.	IV-24-92		C#25	ARI
3a.	VI-24-92		C#12	ARI	3a.	VI-24-92		C#12	ARI
Refuerzo					Refuerzo	5-2-97			
1a.			S.R.P.		1a.				
2a.	Refuerzo		21-01-2002		2a.			V Hepatitis A=49.000	

ANTITETANICA					O T R A S				
Dosis	Fecha	Lote Laboratorio	Institución	Firma	Dosis	Fecha	Lote Laboratorio	Institución	Firma
1a.	Hepatitis B				1a.				
2a.	21-01-02				2a.			Neumococo	
Refuerzo	21-02-02							Departamento de Salud	
	21-09-02							Vacuna M M R	
								6 ABR 1997	

SUEROS HETEROLOGOS		O B S E R V A C I O N E S	
Tipo:	Meningococo	Juncophilus provent. Feb. 2/94	
Fecha:	27-7-96		
Reacciones:	26-9-96	T.O.T = POS 10 años	

CONSERVE ESTE CARNE DURANTE TODA SU VIDA



# ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	Dosis	FECHA DE VACUNA			Lote	Nombre del Vacunador	Refuerzos	Lote
		Día	Mes	Año				
B.C.G. (Antituberculosis)	U							
Antipoliomielítica	R.N							
	1ª							
	2ª							
	3ª							
D.P.T. (Difteria, Tosferina, Tétanos)	1ª							
	2ª							
	3ª							
Antihepatitis B.	1ª	07	02	2014		Ubaldo G.		AHBVC33A12
	2ª	24	04	2014		Orlando		411VFA 1452
	3ª	21	05	2015		Dora R.		
Triple Viral (Sar. Pap. Rub)	U	29	JUL	2016	013N4102	Manuela		
Toxoide Tetánico (Tétanos)	2	22	11	2003				
	4	01	06	2002				
	3ª	6	10	07				
Toxoide Difterico (Tétanos y Difteria)	4-5	12	16	1031B171AB		Hepoxhs A	① 6.10.07	
	5	25	7	2015	22150136A	Sica.	② 18.4.08	
	3ª							
Sarampión	U					Antigripal	① 6.10.07	
Antifebre Amarilla	U						② 29.XI.08.	
Meningo-BC (Meningococo)	1ª							
	2ª							
Hib (Haemophilus influenza)	1ª	29	JUL	2016	U1596AB	Manuela	6.10.07	
	2ª							
	3ª							
Rubeola	U							
Boostmx		6	10	07				

TRABAJANDO MÁS POR MEDELLÍN

ZONA:		SECTOR:		AREA:	
-------	--	---------	--	-------	--

P1 K20 TD  
S DIC 2017

succès (prise) ou, dans le cas d'une revaccination, le jour de cette revaccination. Le cachet d'authentification doit être conforme au modèle prescrit par l'administration sanitaire du territoire ou la vaccination est effectuée.

**Certificado Internacional de Vacunación o Revacunación contra la fiebre amarilla**  
**International Certificate of vaccination or Revaccination against yellow fever**  
**Certificat International de Vaccination ou Revaccination contre la fièvre jaune**

Certifícase que

This is to certify that - Je soussigné(e), certifie que

cuya firma aparece a continuación

whose signature follows - dont la signature suit

ha sido vacunado(a) o revacunado(a) contra la fiebre amarilla, en la fecha indicada

has on the date indicated been vaccinated or revaccinated yellow fever

a été vacciné (e) or revacciné (e) contre la fièvre jaune à date indiquée

Fecha Date	Firma y calidad profesional del vacunador Signature and professional status of vaccinator Signature et qualité profes- sionnelle du vaccinateur	Origen y Nº del lote de la vacuna Origen and batch Nº of vaccine Origine du vaccin et Nº du lot	Sello oficial del centro de vacunación Official onvaccinating center Cachet officiel du centre de vaccination
1	2007	116	2
2	Magda Zapata D.		3
4	Vacuna Internacional		4

Este certificado solo será válido si la vacuna ha sido aprobada por la Organización Mundial de la Salud y si el centro de vacunación ha sido designado por la administración sanitaria del territorio en el cual está situada dicho centro. La validez del presente certificado se extenderá por un periodo de diez años, que comenzará a regir diez días después de la fecha de vacunación, o en caso de revacunación, dentro de dicho periodo de diez años, en la fecha misma de revacunación.

This certificate is valid only if the vaccine used has been approved by the World Health Organization and if the vaccinating center has been designated by the health administration for the territory in which that center is situated. The validity of this certificate shall extend for a period of ten years, beginning ten days after the date of vaccination or, in the event of revaccination within such period of ten years, from the date of that revaccination.

Ce certificat n'est valable que si le vaccin employé a été approuvé par l'Organisation Mondiale de la Santé et si le centre de vaccination a été habilité par l'administration sanitaire du territoire dans lequel ce centre est situé. La validité de ce certificat couvre une période dix ans. Commencat dix jours après le date de vaccination ou dans le cas d'une revaccination au de cette période de dix ans, le jour de cette revaccination.

**OTRAS INMUNIZACIONES (Tifo, Fiebre tifoidea, Peste, Tétanos, etc.)**  
**OTHER IMMUNIZATIONS (Typ, Tiphoid Plegue, Tetanus, etc.)**  
**AUTRES IMMUNISATIONS (Typhus, Fièvre thyphoide, Peste, Tetanos, etc.)**

Certificase que \_\_\_\_\_  
 This is to certify that - Je soussigné(e), certifie que \_\_\_\_\_  
 cuya firma aparece a continuación \_\_\_\_\_  
 whose signature follows - dont la signature suit \_\_\_\_\_  
 ha sido vacunado(a) o revacunado(a) contra el cólera, en la fecha indicada \_\_\_\_\_  
 has on the date indicated been vaccinated or revaccinated against smallpox \_\_\_\_\_  
 a été vacciné (e) contre la choléra à la date indiquée \_\_\_\_\_

VACUNA VACCINE	FECHA DATE	DOSIS DOSE	FIRMA Y CALIDAD PROFESIONAL DEL VACUNADOR Signature and professional status of vaccinator

La validez del presente certificado se extenderá por un periodo de tres años que comenzará a regir ocho días después de la fecha de una primovacunación satisfactoria o, en caso de revacunación, en la fecha misma de revacunación. El sello autorizado arriba indicado deberá ser del modelo prescrito por la administración sanitaria del territorio en que se efectúe la vacunación.  
 The validity of this certificate shall extend for a period of three years, beginning eight days after the date of a successful primary vaccination or, in the event of a revaccination, on the date of that revaccination. The approved stamp mentioned above must in a form prescribed by the health administration of the territory in which the vaccination is performed.  
 La validité de ce certificat couvre une période de trois ans commençant huit jours après la date de la primovaccination effectuée avec succès (prise) ou, dans le cas d'une revaccination, le jour de cette revaccination. Le cachet d'authentification doit être conforme au modèle prescrit par l'administration sanitaire du territoire où la vaccination est effectuée.

**SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE MEDELLÍN**



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

No. 74711

**Certificado Internacional de Vacunación**  
**International Certificate of Inoculation and Vaccination**  
**Certificat International de Vaccination**

Nombre Sara Vanessa Londono B Fecha de nacimiento 5/01/1992 Sexo F  
 Documento de Identidad: C.C. ☐ T.I. ☒ PASAPORTE ☐ No. 55096 Teléfono: 3314339  
 Nomme \_\_\_\_\_ né (e) le \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_

Toda corrección o enmienda del Certificado o la omisión de cualquiera parte de él, lo invalida.  
 Any amendment of this certificate or erasure, of complete any part of it, may render it invalid.  
 Toute correction ou rature sur le certificat ou L'omission d'une quelconque des mentions qu'il comporte peut affecter sa validité

503250100



**Certificado Internacional de Vacunación o Revacunación contra la viruela**  
**International Certificate of vaccination or Revaccination against smallpox**  
**Certificat International de Vaccination ou Revaccination contre la variole**

Certificase que

This is to certify that - Je soussigné(e), certifie que \_\_\_\_\_  
 cuya firma aparece a continuación

whose signature follows - dont la signature suit \_\_\_\_\_

ha sido vacunado(a) o revacunado(a) contra la viruela, en la fecha indicada  
 has on the date indicated been vaccinated or revaccinated against smallpox  
 a été vacciné (e) or revacciné (e) contre la variole à la date indiquée

Fecha Date	Indique con una "X" si es: Show by "X" whether: Indiquer par "X" s'il s'agit de:	Firma y calidad profesional del vacunador Signature and professional status of vaccinator Signature et qualité profes- sionnelle du vaccinateur	Sello autorizado Approved stamp cachet d'authentification
1 a	Primovacunación hecha Primary vaccination performed Primovaccination effectuée		
1 b	Satisfactoria Read as succesful Prise Insatisfactoria Unsuccessful Pas de prise		
2	Revacunación Revaccination		
3	Revacunación Revaccination		
4	Revacunación Revaccination		

La validez del presente certificado se extenderá por un periodo de tres años que comenzará a regir ocho días después de la fecha de una primovacunación satisfactoria o, en caso de revacunación, en la fecha misma de revacunación. El sello autorizado arriba indicado deberá ser del modelo prescrito por la administración sanitaria del territorio en que se efectúe la vacunación.

The validity of this certificate shall extend for a period of three years, beginning eight days after the date of a successful primary vaccination or, in the event of a revaccination, on the date of that revaccination. The approved stamp mentioned above must in a form prescribed by the health administration of the territory in which the vaccination is performed.

La validité de ce certificat couvre une période de trois ans commençant huit jours après la date de la primovaccination effectuée avec succès (prise) ou, dans le cas d'une revaccination, le jour de cette revaccination. Le cachet d'authentification doit être conforme au modèle prescrit par l'administration sanitaire du territoire où la vaccination est effectuée.

**Certificado Internacional de Vacunación o Revacunación contra la fiebre amarilla**  
**International Certificate of vaccination or Revaccination against yellow fever**  
**Certificat International de Vaccination ou Revaccination contre la fièvre jaune**

Certificase que

This is to certify that - Je soussigné(e), certifie que \_\_\_\_\_

cuya firma aparece a continuación

whose signature follows - dont la signature suit \_\_\_\_\_

ha sido vacunado(a) o revacunado(a) contra la fiebre amarilla, en la fecha indicada  
 has on the date indicated been vaccinated or revaccinated yellow fever  
 a été vacciné (e) or revacciné (e) contre la fièvre jaune à date indiquée

Fecha Date	Firma y calidad profesional del vacunador Signature and professional status of vaccinator Signature et qualité profes- sionnelle du vaccinateur	Origen y N° del lote de la vacuna Origin and batch N° of vaccine Origine du vaccin et N° du lot	Sello oficial del centro de vacunación Official of vaccinating center Cachet officiel du centre de vaccination
1			2
2			
3			4
4			

Este certificado solo será valido si la vacuna ha sido aprobada por la Organización Mundial de la Salud y si el centro de vacunación ha sido designado por la administración sanitaria del territorio en el cual está situada dicho centro. La validez del presente certificado se extenderá por un periodo de diez años, que comenzará a regir diez días después de la fecha de vacunación, o en caso de revacunación, dentro de dicho periodo de diez años, en la fecha misma de revacunación.

This certificate is valid only if the vaccine used has been approved by the World Health Organization and if the vaccinating center has been designated by the health administration for the territory in which that center is situated. The validity of this certificate shall extend for a period of ten years, beginning ten days after the date of vaccination or, in the event of revaccination within such period of ten years, from the date or that revaccination.

Ce certificat n'est valable que si le vaccin employé a été approuvé par l'Organisation Mondiale de la Santé et si le centre de vaccination a été habilité par l'administration sanitaire du territoire dans lequel ce centre est situé. La validité de ce certificat couvre une période dix ans commençant dix jours après le date de vaccination ou dans le cas d'une revaccination au de cette période de dix ans, le jour de cette revaccination.