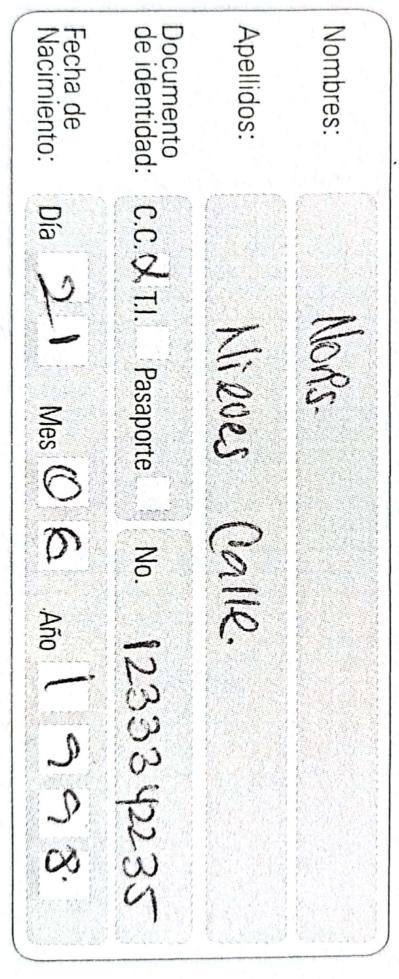




# Certificado de Vacunación del Adulto



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	SEP-8-03.	R2074.	0 .0
	1	27418	221501316#	Jach
Toxoide	2	26/05/21	221501316H 21208001200.	
Tetánico Diftérico	3			
Td	4			
*	5			
	1	26/05/21	AHBYC-877A	3
Contra	2	,		,
Hepatitis B	3			ı ı
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre	abo1.	26/05/11	R3m076V.	and the second s
Amarilla		1 .		0 0
Contra	1	5/03/18	V502/7019 U) 62.6 AB.	Joet teals
Influenza	1 2	6/05/21	0) 626 AB.	0
Virus de Papiloma Humano				
	- I			•



# laboratorio clínico y patología

bernardo espinosa - martha de espinosa maría alejandra espinosa M.D. adriana espinosa





Montería Sede **Solicitud** 

10540138

: NORIS DANIELA NIEVES CALLE **Paciente** Identificación: 1233342235

: PARTICULAR Convenio

Página 1 de 1

Forma 1

Fecha Recepción: 2021-05-29 08:16:38 Fecha Impresión: 2021-05-29 17:33:54.

Médico : SIN ORDEN MEDICA

Edad/Sexo : 22 / F

de

**ANALISIS RESULTADO UNIDADES VALORES DE REFERENCIA** 

**INMUNOLOGIA** 

Varicela Herpes Zoster Virus Ac, IgG

Método: Inmunoensayo Enzimático (EIA)

16.0 Resultado:

> Negativo: 9.0 Indeterminado: 9.0 11.0 Positivo: 11.0

> > Johanny Bader Perez TP: 424 Bacterióloga

www.labespinosa.com

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

# Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación, 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	1-Man 20(2	0 Server	404)
	1		4	
Toxoide Tetánico	2			
Diftérico	3			
Td	4			
	5			
Contra	1			
Hepatitis B	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

# 2m- 3m- 4m 1814. Rofuero. 5000

### REGISTROS DE VACUNACION

		DOSIS								
	10		20		3º					
VACUNAS	FECHA	FE	CHA	FE	CHA					
	VACUNA	Cita	Vacuna	Cita	Vacuna					
B.C.G.	3019		.6.		Tan.					
D.P.T.	09214		19	,	1,94					
POLICA	201/02		JW		1.8					
SARAMPION DE LO PO	f.	To the second		ok	200					
FIEBRE AMARILLA			2	57	ioral					
1-STAB V	139	98	24/9	91 (	1/1/1					

# CITAS PROGRAMADAS

13. 0921/94.

EN ZONAS ENDEMIDAS

AÑO				CUN	MPLIO .
ANO	MES	DIA	HORA	SI	NO
		10 10 20			
139					
				16	
A SA				-	
				1	
		No. N.		5	7
	BELLY CO.				

# RECOMENDACIONES

### ALIMENTACION

Dele a su niño leche materna hasta los 2 años de

Desde recién nacido hasta los 4 meses de edad el niño solamente necesita leche materna.

A los 4 meses, además de la leche materna, comience a daries frutas, cereales y verduras en papilla, naco o pure. Utilice taza y cuchara.

Dele primero la leche materna, y después los otros alimentos, haciéndolos poco a poco más sólidos para que comience a masticar.

A los 6 meses, además de la leche materna, de las Inutas, los cereales y las verduras, dele fríjoles, lentejas, arvejas, pasta, papa y arroz; también puede darle huevo y carne molida.

A los 9 meses, además de la leche materna, el niño puede comer de todos los alimentos que come la familia.

Dele siempre primero la leche materna y después los otros alimentos. El agua para tomar y para preparar los jugos debe ser hervida.

### ASEO

Báñelo todos los días, lávele las manos y los dientes, córtele las uñas, póngale zapatos cuando camine. No use talcos, ni chupos. No le dé aceites para purgarlo. Evite que su hijo se acerque a enfermos.

### PREVENCION DE ACCIDENTES

INTOXICACIONES: No deje al alcance del niño drogas o venenos que pueda tomar.

QUEMADURAS: No deje a su niño solo en la cocina; evítele contacto con los fosforos, cocinol, gasolina o pólvora.

HERIDAS O FRACTURAS: No le deje al alcance objetos corto-punzantes. Evitele juegos en lugares peligrosos.

AHOGAMIENTO: No lo deje solo en la alberca, en pozo o quebradas.

### VACUNACION

Hágalo vacunar. Al cumplir el primer año de vida, debe tener completas todas las vacunas con todas sus dosis. De esta manera, el niño no sufrirá de enfermedades prevenibles.

### DIARREA

Es peligrosa. Si su niño tiene diarrea dele suero oral, si no lo tiene, dele suero casero y acuda a la promotora o al Organismo de Salud.

# ANTECEDENTES DE PELIGRO

### DEL NINO Y HERMANOS

- Peso al nacer menor a 2,500 Grs.
- Gemelo o nacimientos múltiples
- No lactancia natural o destete precoz
- Hermanos desnutridos
- Muerte de hermanos menores de 5 años
- 4 o más hermanos vivos
- Menos de 2 años de diferencia con hermano anterior

### DEL AMBIENTE

### INADECUADO:

- Suministro de aguas
- Disposición de excretas
- Basuras
- Insectos y roedores

## REHABILITACION ORAL EN CASO DE DIARREA

### SUERO ORAL:

En un litro de agua hervida y fria mezclé todo el contenido de un sobre de suero oral.

Dele al niño cada media hora, como mínimo 1 onza (4 cucharadas soperas) de suero oral o más, según el deseo del niño.

Si no tiene sobres de suero oral dele:

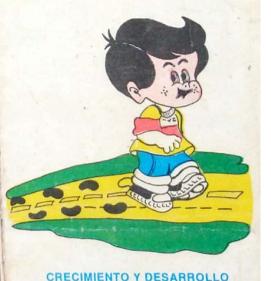


### SUERO CASERO:

En un litro de agua hervida y fría mezcle 4 cucharadas de azúcar y 1 cucharadita de sal. Ofrézcale al niño igual que el Suero Oral.

SUERO ORAL





# DEL MENOR DE 5 AÑOS CARNET INFANTIL.

NOMBRE: NOMIS D. Nieves.

FECHA DE NASIMIENTO: 121-98

PESO AL NA ER:

TALLA A: NACER:

MUNIC 10: \_\_\_\_

STORIA CLINICA NS

DIP CION:

JRGANISMO DE SALUD: \_\_\_\_\_

ACUDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LAS FECHAS DE LAS CITAS PROGRAMADAS

# OBSERVACIONES

B.C.G.: Contra Tuberculosis
POLIO: Contra Poliomielitis

D.P.T.: Contra Difteria, Tosferina y Tétanos TRIPLE VIRAL: Contra Sarampión, Rubéola

y Paperas. H.B.: Contra Hepatitis B

T.D.: Contra Tétano y Difteria

F.A.: Contra Fiebre Amarilla

H.I.B.: Contra Haemophilus B

PENTAVALENTE: contra Difteria, Tétanos,

Tosferina, Hepatitis B y Meningitis

"Señor padre de familia Este carnet se exigirá para matricular a su hijo en la escuela. Consérvelo"

> TODO NIÑO DEBE TENER TODAS LAS VACUNAS AL CUMPLIR UN AÑO

# GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

SECRETARÍA DE DESARROLLO DE LA SALUD

# **REGISTRO INDIVIDUAL DE VACUNACION**

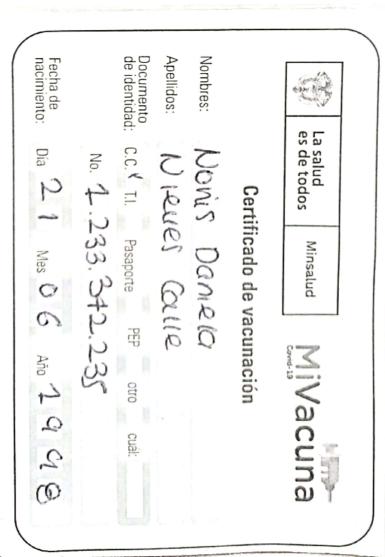


NUMBUE.	Vons	Were	5 6	aller	
	acimiento:		nio	1998.	
Municipio: _	Hont	ena.			
	Jrbana 🔍		-		
Dirección: _	24	#214	40		
Organismo:	Utelo.	th			

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA Secretaría de Desarrollo de la Salud Plan de Atención Básica PAB Departamental

				D	0	S	1	S				
TIPO	ieu s	00	2	2ª	;	3ª	REFU	JERZO	REFU	JERZO		
DE BIOLOGICO	Dosis	Dosi	FEC	СНА	FE	СНА	FE	CHA	FE	CHA		
	A	OF V	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA		
B.C.G.		500/2								+		
POLIO	130	9		3/6		13/2		000		66/2/3	ES	
D.P.T.	By			Ma		200		3/2		30/0	10 N	
TRIPLE VIRAL	00.		Rio	TEV.	Sept	8/0	3			3	VAC	-
EPATITIS B.	12,0/0			and xo							SER	
D.											0 8	
IEBRE MARILLA		west to	<b>→</b> §	Sept. 8	2-03							
IB		2000										
ENTAVALENTE												





12254 AOY5+112254	SANCHER	Hun	Er ghyg	PARER	050521	2	
14918999A	ANDREA	Hun	ENCANA	PFIZER	12-har		COVID-19
Cédula del vacunador	Nombre vacunador	IPS vacunadora	Lote	Fabricante	Fecha	Dosis	Biológico