

COVID-19 Vaccination Record Card

Please keep this record card, which includes medical information about the vaccines you have received.

Por favor, guarde esta tarjeta de registro, que incluye información médica sobre las vacunas que ha recibido.



BOTERO

CAMILA

Last Name

First Name

MI

12/07/2002

Date of Birth

JANSSEN COVID19 VACC VIAL
1821286

6 / 2 / 21

Publix Pharmacy # 0669

Other

 / /
mm dd yy

CONSERVE ESTE CARNÉT

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 de las anteriores,
consulte a la institución de salud
más cercana".**

*"La salud puede ser nuestro mayor bien...
Vivámosla"*



CARNET DE VACUNACIÓN

| | | |
|-----------------------|--------|---------|
| NOMBRE DEL VACUNADO | | |
| Camila Botero Delgado | | |
| FECHA DE NACIMIENTO | DÍA | MES AÑO |
| | 7 | 12 2002 |
| INSTITUCIÓN | | |
| COOMSOCIAL | | |
| MUNICIPIO | | |
| Medellín | | |
| CARNET NÚMERO | | |
| A4L0256518 | | |
| ZONA | SECTOR | ÁREA |
| | | |

PRÓXIMA CITA

FECHA 22 '5 AÑOS



"Niño sano, futuro Feliz"

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

| VACUNA | Dosis | FECHA DE VACUNA | | | Lote | Nombre del Vacunador | Refuerzos | Lote |
|--|-------|-----------------|-----|------|------|----------------------|---------------------|------|
| | | Día | Mes | Año | | | | |
| B.C.G. (Antipoliomelítica) | U | 18 | DIC | 2002 | | | | |
| | RN | 18 | DIC | 2002 | | | | |
| | 1º | 10 | FEB | 2003 | | | | |
| | 2º | 8 | 5 | 03 | | | | |
| | 3º | 27 | 06 | 03 | | | | |
| D.P.T. (Difteria, Tosferina, Tétanos) | 1º | 10 | FEB | 2003 | | | | |
| | 2º | 8 | 5 | 03 | | | | |
| | 3º | 27 | 06 | 03 | | | | |
| Antihepatitis B 18 DIC. 2002 | 1º | 10 | FEB | 2003 | | | | |
| | 2º | 8 | 5 | 03 | | | | |
| | 3º | 27 | 06 | 03 | | | | |
| Triple Viral (Sar.Pap.Rub.) | U | 18 | MAR | 2004 | | | Enero 14-10 2A134AA | |
| Toxoide Tetánico (Tétanos) | 1º | | | | | | | |
| | 2º | | | | | | | |
| | 3º | | | | | | | |
| Toxoide Dritenco (Tétanos y Difteria) | 1º | | | | | Prevenir | (1) agosto 03 | |
| | 2º | | | | | | (2) Nov 19 03 | |
| | 3º | | | | | | (3) Enero 23/04 | |
| Sarampión | U | | | | | | | |
| Antifebre Amarilla | U | | | | | | | |
| Meningo-BC (Meningococo) | 1º | | | | | | | |
| | 2º | | | | | | | |
| Hb | 1º | 10 | FEB | 2003 | | | | |
| (Hemofilus, Influenza) | 2º | 8 | 5 | 03 | | | | |
| | 3º | 27 | 06 | 03 | | | | |
| Rubeola Hemofilus | 4º | 18 | MAR | 2004 | | | | |

18 DIC. 2002

Víctor Valencia

Prox Feb 14-2010 Hcp 4 49.800

Certificado internacional de vacunación o profilaxis

Reglamento sanitario internacional

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

INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS /

Certifica que:

Cuya firma aparece a continuación:

This is to certify that [name] / Nous certifions que [nom]

whose signature follows / dont la signature suit

Fecha de Nacimiento Sexo Nacionalidad

En la fecha indicada ha sido vacunado o recibido profilaxis contra

has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against:

a été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre:

date of birth/ né(e) le Sex/ de sexe nationality/et de nationalité

Documento nacional de identificación

Fiebre Amarilla

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

national identification document/ document d'identification national

Fiebre Amarilla

| Vacuna o profilaxis / | Fecha | Firma y título del profesional que supervisa la aplicación |
|--------------------------------|----------|--|
| | 11/04/18 | Mon. |
| Vaccine or prophylaxis | Date | Signature and professional status of supervising clinician |
| Vaccin ou agent prophylactique | Date | Signature et titre du clinicien responsable |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| Fabricante y número de lote de la vacuna o profilaxis | Certificado válido | |
|---|--------------------|------------|
| P3B71V | Desde | Hasta |
| Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis | From | Until |
| Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot | Certificat valable | |
| | à partir du : | jusqu'au : |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Previnm
Prevención biológica

Vacuna Internacional