

Inmunizaciones del bebé

Su niño puede ser protegido contra muchas enfermedades potencialmente peligrosas asegurándose de que él o ella reciba todas las vacunas necesarias.

Algunas inmunizaciones son permanentes, mientras que otras requieren dosis de refuerzo de vez en cuando, con el fin de mantener la protección.

La próxima página –el registro personal de inmunizaciones del bebé– debe ser llenada por su médico cada vez que el niño reciba una vacuna.

Es muy importante que usted mantenga un registro permanente de las inmunizaciones del niño, de manera que pueda consultarlo cuando sea necesario, como por ejemplo cuando el niño empiece a asistir al colegio. Facilite este registro al médico o enfermera cada vez que el niño sea vacunado.



Valeria Saenz T
9908210577

Sarumpion - 28 MAYO 2008

Registro de Inmunizaciones de bebés y niños

Edad para la Inmunización	Vacuna	Dosis	Aplicar en:	Fecha
Recién nacido	B.C.G. (tuberculosis)	1	Intradérmica brazo izquierdo	Sept. 3
	Hepatitis B	1	Intramuscular, muslo o brazo	Sept. 3
	Polio	Oral	Oral	Sept. 3
2 meses de vida	Hepatitis B	1	Intramuscular, muslo o brazo	Oct. 29
	DPT	1	Intramuscular, glúteo o muslo	Oct. 29
	Polio	Oral	Oral	Oct. 29
	Hemophilus (HIB)	1	Intramuscular	Dic. 3
4 meses de vida	DPT	1	Intramuscular, glúteo o muslo	Enero 6
	Polio	Oral	Oral	Enero 6
	Hemophilus (HIB)	1	Intramuscular	Feb 9/00
6 meses de vida	Hepatitis B	1	Intramuscular, muslo o brazo	9 MAR. 2000
	DPT	1	Intramuscular, glúteo o muslo	9 MAR. 2000
	Polio	Oral	Oral	9 MAR. 2000
	Hemophilus (HIB)	1	Intramuscular	15 Ab. 2000
12 meses de vida	Triple viral	1	Subcutánea, brazo	10 ABR. 2001
18 meses de vida	DPT (Refuerzo)	1	Intramuscular, glúteo o muslo	20 ABR. 2001
	Polio (Refuerzo)	Oral	Oral	20 ABR. 2001
5 años de vida	DPT (Refuerzo)	1	Intramuscular, glúteo o muslo	27-10-02
	Polio (Refuerzo)	Oral	Oral	27-10-02
	* Meningococo bc	1	Intramuscular, brazo o glúteo	
Mayor de 10 años de vida	Triple viral (Refuerzo)	1	Subcutánea, brazo	

* Aplicar solo en caso de contacto o epidemia



4-9/11
CamScanner

①

②

30 ABR. 2001



MinSalud

Ministerio de Salud
y Protección Social

PROSPERIDAD
PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Valeria

Apellidos:

Saenz toro

Documento
de identidad:

C.C. ☐ T.I. ☒ Pasaporte

No. 99082705771

Fecha de
Nacimiento:

Día 27 Mes 08 Año 1999

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	22/03/12	012N020	nury
	1			
Toxoide Tetánico	2			
Difitérico Td	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza		26-07-2014	134501 NA	
Otras				

Es válido en Colombia
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

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Valencia
Apellidos: Saenz
Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 9908276577
Fecha de Nacimiento: Día 27 Mes 08 Año 1999

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza		<u>07 JUN. 2019</u>	<u>US171AB</u>	<u>DONER</u>
Virus de Papiloma Humano	<u>1</u>	<u>16/3</u>	<u>10000022</u>	
	<u>2</u>	<u>28-12-17</u>	<u>100440</u>	<u>WILKIN</u>
	<u>3</u>			

CONSERVE ESTE CARNET

SE REQUIERE PARA UN BUEN CONTROL DE ESQUEMA DE VACUNACION PRESENTELO SIEMPRE QUE ASISTA A UN SERVICIO DE SALUD

MSD
Pneumovax® 23
VACUNA POLIVALENTE
Dosis 0.5 ml
Se debe administrar una sola dosis

Todo ido contra

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

SEGURO SOCIAL

CARNET DE VACUNACION (SIS 153)
MINISTERIO DE SALUD 3506

NOMBRE DEL VACUNADO
Valencia Saenz Saenz

Fecha de nacimiento: Día Mes Año
27 8 1999

Institución: Z.SS

Municipio: Envigado

Carnet N°: R.C.
27287896
C-1037670309

ZONA SECTOR AREA

Su próxima cita es: 29 de octubre



MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: **Valena**

Apellidos: **Saenz Toro**

Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuál:

No. **1.037.670.309**

Fecha de nacimiento: Día **27** Mes **08** Año **1999**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	09-04-21	Pfizer	ER 1742	UH Castilla Metrosalud	Lina Soto	66867065
	2	30-4-2021	Pfizer	ER 9449	U.H Castilla	Yesica Lopez	1193150684

ESQUEMA DE VACUNACION								
VACUNA	Dosis	Fecha de Vacunación			Lote	Nombre del Vacunador	Refuerzos	Lote
		Día	Mes	Año				
BCG (Antituberculosis)	U	3	9	99				
Antipoliomielítica	R.N.	3	9	99				
	1ª	28	1	2000	8101			
	2ª	6	ENE.	2000				
	3ª	09	MAR.	2000		230. 30.04.2001		
D.P.T.	1ª	1	07	1000	9978	230 23.10.2002		
(Difteria, Tosferina, Tétanos)	2ª	6	ENE.	2000				
	3ª	09	MAR.	2000		230 1d 08.02.16 23225 Par		
Antihepatitis B.	1ª	Marzo	9/2000			8 Feb 2026		
	2ª	9	01.	1000				
	3ª	3	9	99	6030	09 MAR. 2000		
Triple Viral (Sar. Pap. Rub.)	U	29	03	2000	21 07-10-2004			
Toxoide Tetánico	1ª							
(Tétanos)	2ª							
	3ª							
Toxoide diftérico	1ª							
Tétanos y Difteria	2ª							
	3ª							
Sarampión	U	22	03	2012	012 N2020 NUN			
Antifebre Amarilla	U	06	04	2014	012 N2020 NUN			
Meningo - BC	1ª							
(Meningococo)	2ª							
Hib	1ª	03	01.	1999				
(Hemofilius Influeza)	2ª	Marzo	9/2000	febrero				
	3ª	9	01.	1000				
Rubeola	U	22	03	2012	012 N2020 NUN			
Neumococo	U	23	04	2014	012 N2020 NUN			

Carne de vacunación infantil

Recuerde

- Las vacunas no enferman; producen reacciones que indican la creación de defensas en el organismo.
- El niño a los 12 meses debe tener la mayoría de las vacunas aplicadas; por eso es importante que su hijo las reciba en las edades indicadas para lograr su protección.
- No olvide aplicar los refuerzos, son indispensables.
- La alimentación materna, el aseo y las vacunas son necesarias para crear defensas en sus hijos.
- Conservar este carné en buen estado y guardarlo en lugar seguro.
- Consulte cualquier duda o reacción sobre la vacuna.
- Presente siempre este carné cuando lleve su hijo a vacunar.

Nombre: Valerio Saenz Toro

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: Rc: 27-287-886

Registro de Vacunación

B.C.G. Antituberculosis	Meningococo	Hemofilus
	1ª dosis	1ª dosis
D.P.T./polio/T tano Difteria/Tosferina	2ª dosis	2ª dosis
1ª dosis - 2 meses	Hepatitis A	Refuerzo
	1ª dosis 27-09-00	Triple Viral
2ª dosis - 4 meses	2ª dosis 30 ABR. 2001	7 OCT. 2004
	Hepatitis B	T tano
3ª dosis - 6 meses	1ª dosis	Refuerzo cada 10 años
	2ª dosis	
Refuerzo	3ª dosis	Antigripal
18 meses 23 FEB. 2002	Varicela	03 SET. 2001 3 x 01
5 años 01 OCT. 2004	1ª dosis 23 FEB. 2001	Neumococo
Fiebre amarilla	2ª dosis —	31 000
		3 x 01
Otras Vacunas		