

CONSERVE ESTE CARNÉ

SE REQUIERE PARA UN BUEN CONTROL DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN, PRESENTELO SIEMPRE QUE ASISTA A UN SERVICIO DE SALUD

TODO NIÑO VACUNADO
ESTA 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 a las anteriores, consulte a la institución de salud más cercana”.



COOMEVA EPS COOSALUR IPS LTDA

MINISTERIO DE SALUD CARNÉ DE VACUNACIÓN (SIS 153)

Daniël Hernandez Correa
NOMBRE DEL VACUNADO

FECHA DE NACIMIENTO:

DÍA	MES	AÑO
15	03	99

DOCUMENTO No

07487

EPS/ARS

--

IPS

--

SU PROXIMA CITA ES:
29 Marzo 2020

Clle 81 No. 76-23 / Tel. 823 75 55-823 75 52 B/ Pueblo Nuevo Carepa



La salud
es de todos

Minsalud


MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres:

Dani lo

Apellidos:

Hernandez Correa

Documento
de identidad:

C.C. ☒ T.I. ☐

Pasaporte ☐

PEP ☐

otro ☐

cuál:

No.

2017272836

Fecha de
nacimiento:

Día

15

Mes

03

Año

1999

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	10-04 2021	Pfizer	EW33 44	Metrosalud Castilla	Luisa Villegas	42793179
	2		Diciembre/20				

ESQUEMA DE VACUNACIÓN							
VACUNA	DOSIS	FECHA DE VACUNA			LOTE	NOMBRE DEL VACUNADOR	REFUERZOS
		DÍA	MES	AÑO			
B.C.G. (Antituberculosis)	U	16	03	99			
ANTIPOLIOMIELITICA	R N	16	03	99			14-10-00
	1a	25	05	99			17-04-04
	2a	27	08	99			21-10-04
	3a	28	09	99			
	1a	25	05	99			14-10-00
D.P.T. (Difteria - Tosferina - Tétanos)	2a	27	08	99			17-04-04
	3a	13	12	99			
ANTIHEPATITIS B	R N						
	1a	16	03	99			
	2a	25	05	99			
	3a	28	09	99			
	U	29	03	00			17-04-04
TRIPLE VIRAL (Sar Pap Rub)	U	29	03	00			
TOXOIDE TETANICO (Tétanos) ó TOXOIDE DIFTERICO (Tétanos y Difteria)	1a						
	2a						
	3a						
	4a						
	5a						
SARAMPION	U	14	10	00			
ANTIFIEBRE AMARILLA	U	29	03	00			
MENINGO-BC (Meningococo)	1a						
	2a						
HIB Pentaval	1a	25	05	99			
	2a	13	12	99			
	3a	13	01	01			
RUBEOLA	U						
HEMOFILUSIN-FLUENZA							

[Firma]
Vacunador

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Difterico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	09-10-15	CFX15002	Carlos
	2	21 MAR 2017	1434028	Carlos
	R	20-1 Mayo-18	Provim	
Namococo		26 ABR 2018	10335710	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza		26 ABR 2018	10335710	Carlos
Virus de Papiloma Humano				
VARICELA	①	21 MAR 2017	S101473	Carlos
	②	21 mayo 2017		

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

Consérvelo

En **Recombinax B-(20 ug/1 ml) Adult** **Orden**
of **VACCIN CONTRE L'HEPATITE B, RECOMBINANT**
HEPATITE B VACCINE, RECOMBINANT
VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B, RECOMBINANTE
Conservar antes/davant/avant/avant/avant +2°C - +8°C
Ne pas congeler/Do not freeze/Do not freeze/Do not freeze/Do not freeze
Non réinjecter/Do not re-inject/Do not re-inject/Do not re-inject/Do not re-inject
Lote: 09 OCT 2015 UFX15002
Exp. date: 24 Feb 16
Dro. Daniel Pastor Ltd. Expiry date: 23 Feb 16

POR MI Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNÉ



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: **Daniela**
Apellidos: **Hernandez Correa**
Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte: No **99031507487**
Fecha de Nacimiento: Día **15** Mes **03** Año **1999**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diférico Td	1	27-08-1999		
	2	13-12-1999		
	3	14-10-2000		
	4	17-04-2004		
	5	09 OCT 2015	4084T	
Contra Hepatitis B	1	09 OCT 2015	UFX15002	
	2	09-11-2015		
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla		29-03-2000		
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				
BRP =		29-03-2000		