

VACUNA CONTRA:		Edad:	1ra. DOSIS Fecha	2da. DOSIS Fecha	3ra. DOSIS Fecha	Refuerzo Fecha	OBSERVACIONES
BCG			01/2/00				06/15/05
HEPATITIS B	EngerixB		5-07-00	Dic 6-00	29-03-01		14-OCT-05
POLIO	Ad oct 5/00		01/04/00	En 29-01	29-03-01	Julio 19-02	14-OCT-05
DPT			01/04/00	En 29-01	29-03-01	Julio 19-02	14-OCT-05
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	Hiberix		01/04/00	En 29-01	29-03-01		
DPTa + IPV/Hib	Infanrix		01/04/00	En 29-01	29-03-01		
TRIPLE VIRAL (SRP)	Priorix		01/04/00	En 29-01	29-03-01	14/01/05	
VARICELA	Varilrix		01/04/00	En 29-01	29-03-01		
HEPATITIS A	Havrix						
HEP A + HEP B	Twinnix						
T.d.	Flumet						
ANTIGRIPIAL	Flumet						

Esquema de vacunación NIÑOS		Carnet de Vacunación	
BCG	Una sola dosis al año	Hepatitis B:	EngerixB
HEP B	3 dosis: 1a. Recién nacido, 2a. dosis: 1-2 mes después, 3a. 6to. mes	Varicela:	Varilrix
POLIO ORAL	3 dosis: 2º, 4º y 6º mes Refuerzo a los 18 meses y 5 años	Hepatitis A:	Havrix
DPT	3 dosis: 2º, 4º y 6º mes Refuerzo a los 15-18 meses	Combinación Hep A+Hep B:	Twinnix
Hib.	3 dosis: 2º, 4º y 6º mes Refuerzo a los 15-18 meses	Hib:	Hiberix
DPTa+IPV/Hib	3 dosis: con un intervalo mínimo de un mes entre cada dosis. Refuerzo a los 15-18 meses	Combinación DPTa + Polio Inyectable + Hib:	
SRP	1 dosis: 1a. dosis a la edad de 1 año, Refuerzo a los 4-6 años o 10 años	Triple viral:	Priorix
VARICELA	1 dosis: de 1 año a 12 años 2 dosis: > de 12 años. Intervalo 4-8 semanas	Influenza:	Flumet
HEP A	2 dosis: 1a. dosis: entre 1-2 años, 2a. dosis: 6 meses después		
HEP A+HEP B	3 dosis: 1a. dosis: Fecha que se elija 2 dosis: 1 mes después, 3 dosis: 6to. mes		
T.d.	Una dosis cada 10 años		
ANTIGRIPIAL	Menor 6 años: 2 dosis, con un intervalo de 4-6 semanas, Mayores de 6 años: 1 dosis		

VACUNA CONTRA:		Edad:	1ra. DOSIS Fecha	2da. DOSIS Fecha	3ra. DOSIS Fecha	Refuerzo Fecha	OBSERVACIONES
BCG			01/2/00				
HEPATITIS B	Engerixig		5-oct-00	Die 6-00	29-07-01		01-18-05
POLIO	Ad 5/00		29-07-01	En 29-01	29-03-01	Julio 19-02	14-OCT-05
DPT			29-07-01	En 29-01	29-03-01	Julio 19-02	14-OCT-05
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	Hiberix		29-07-01	En 29-01	29-03-01		14-oct-05
DPTa + IPV/Hib	Imovax		29-07-01	En 29-01	29-03-01	11/oct/05	
TRIPLE VIRAL (SRP)	Priorix		01/3-01				A partir de 1 año
VARICELA	Varilrix						A partir de 1 año
HEPATITIS A	Havrix						A partir de 1 año
HEP A + HEP B	Twinnix						A partir de 1 año
T.d.	7 Amarilla						A partir de 8 años
ANTIGRIPIAL	Flum						1 cada año

DASSSALUD SUCRE
P.A.I.

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE VACUNACION

Nombre: Saura Longo

Municipio: Ovip Edad: RW

Localidad: _____ U. _____ R. _____

BIOLOGICO	DOSIS			
	1a.	2a.	3a.	REF
	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
B. C. G.	01/2/00			
SARAMPION	Julio 19-02			
D. P. T.				
T. D.				
T. V.				
F. AMARILLA	17-07-03			
H. I. B.				
HEPATITIS B	01/5/00	Die 6-00		

VACUNADOR: [Signature] **F. S. F.**
CENTRO DE SALUD OVEJAS
NIT. 823.001.873-3

Presente este carnet en la proxima consulta

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: **laura lucia**
Apellidos: **lozano DE la ROSA**
Documento de identidad: C.C. ☐ T.I. ☒ X Pasaporte No. **1.007325.226**
Fecha de Nacimiento: Día **28** Mes **09** Año **2000**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	26-12-17	013N200	<i>[Firma]</i>
Toxoide Tetánico Difterico Td	1	26-12-17	02287	<i>[Firma]</i>
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	26-12-17	UVA12036	<i>[Firma]</i>
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	1	26-12-17	V50217017	<i>[Firma]</i>
Virus de Papiloma Humano	1	26-12-17	DVT Alclur	<i>[Firma]</i>
VARICELA	1	26-12-17	UNICEN-N009	<i>[Firma]</i>
HEPATITIS A		26-12-17	UNICEN-MON24	<i>[Firma]</i>

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	26-12-17	013N200	<i>[Firma]</i>
Toxoide Tetánico Difterico Td	1	26-12-17	02287	<i>[Firma]</i>
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	26-12-17	UVA12036	<i>[Firma]</i>
	2	21-8-20	Reco mvaix 2 Lote: UTX19002	<i>[Firma]</i>
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	1	26-12-17	V50217017	<i>[Firma]</i>
Virus de Papiloma Humano	1	26-12-17	DVT Alclur	<i>[Firma]</i>
VARICELA	1	26-12-17	UNICEN-N009	<i>[Firma]</i>
HEPATITIS A		26-12-17	UNICEN-MON24	<i>[Firma]</i>
NO VARICELA		21-05-20	Varivax Lote: S02876	<i>[Firma]</i>

Certificado de Vacunación

Institución: **Laura Lucia Lozano**
Nombre: **Laura Lucia Lozano**
Identificación: **1007325226** Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
INFLUENZA	06-08-21	00113	MA Clara	
CONTRA	06-08-21	012444	MA Clara	

13

Control de Salud Pública



MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co


La salud es de todos

Minsalud


MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombre: Laura Lucia
 Apellidos: bozano de la Rosa
 Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ Otro ☐ Cuid:
 No: 1.007.325.226
 Fecha de nacimiento: Día 28 Mes 09 Año 2000

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	22/05/20	Pfizer	200206	netraal la go	Johana Bolaño	3864057
		13 JUN 2023	Pfizer	El 053	masiva la go	Maria Celina Patiño Castrillón Cc: 43.101.139 Registro: 05-2166-70 Tecn.Aux. de Enfermería	