

CONSERVE ESTE CARNE

SE REQUIERE PARA UN BUEN CONTROL DEL ESQUEMA DE VACUNACION. 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 cuales fue vacunado.

"En caso de presentarse una reacción distinta a las anteriores, consulte a la institución de salud más cercana".



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
METROSALUD

CARNÉ DE VACUNACIÓN (SIS 153)

SANCHEZ TORRES VALENTINA

NOMBRE DEL VACUNADO

Día Mes Año

28 11 00

FECHA DE NACIMIENTO:

INSTITUCIÓN:

MANRIQUE

MUNICIPIO:

MEDALLIN

CARNÉ NÚMERO

ZONA:

SECTOR:

AREA:

Su próxima cita es:

(con lápiz)

503251100

NEUMOCO P/.

ESQUEMA DE VACUNACION

| VACUNA | Dosis | FECHA DE VACUNA | | | Lote | Nombre del Vacunador | Refuerzos | Lote |
|---|-------|-----------------|-------|------|------|----------------------|----------------|------|
| | | Día | Mes | Año | | | | |
| B.C.G. (Antituberculosis) | U | 28 | 11 | 00 | | | | |
| Antipoliomielítica | R.N. | 28 | 11 | 00 | | | 01-06-02 (18m) | |
| | 1a | 27 | ENE | 2001 | | | | |
| | 2a | 31 | MARZO | 2001 | | | | |
| | 3a | 09 | JUN | 2001 | | | | |
| D.P.T. (Difteria, Tosferina, Tétanos) | 1a | 27 | ENE | 2001 | | | 01-06-02 (18m) | |
| | 2a | 31 | MARZO | 2001 | | | | |
| | 3a | 09 | JUN | 2001 | | | | |
| Antihepatitis B | 1a | 28 | 11 | 00 | | | | |
| | 2a | 27 | ENE | 2001 | | | | |
| | 3a | 09 | JUN | 2001 | | | | |
| Triple Viral (Sar. Pap. Rub.) | U | 27 | 11 | 00 | | | | |
| Toxoide Tetánico (Tétanos) | 1a | | | | | | | |
| | 2a | | | | | | | |
| | 3a | | | | | | | |
| Toxoide Diftético (Tétanos y Difteria) | 1a | | | | | | | |
| | 2a | | | | | | | |
| | 3a | | | | | | | |
| Sarampión | U | 01 | 06 | 02 | | | | |
| Antifiebre Amarilla | U | | | | | | | |
| Meningo - BC (Meningococo) 240004 | 1a | 01 | 06 | 2002 | | | | |
| | 2a | | | | | | | |
| Hib (Hemofilus Influenza) | 1a | 27 | ENE | 2001 | | | | |
| | 2a | 31 | MARZO | 2001 | | | | |
| | 3a | 09 | JUN | 2001 | | | | |
| Rubeola | U | | | | | | | |
| Varicela | | 01 | 06 | 2002 | | | | |

Antigripal D19-12/03
Agripal 11/11/04

Hepatitis A.

4. Dic 2002. 19-05-03

SUSPENSIÓN INYECTABLE
COMPOSICIÓN
Cada dosis de 0.5 ml contiene:
Dosis: 0.5 ml
Contraindicaciones:
La vacuna no debe aplicarse a personas con
hipersensibilidad conocida a cualquier componente de
la vacuna. Está contraindicada en estados febriles
prolongados y en casos de inmunodeficiencia primaria o
secundaria en fase de descompensación. La vacunación de
administración comunitaria debe ser precedida de una
evaluación de la respuesta inmune por un médico
apropiado para cualquier caso de reacción anafiláctica.



ALMACEN
NO CONSER
AGUACATA
BIOFARMACIA
S.A. No. 161
CALLE 100 N. 161
VENEZUELA
FECHA FARM
VENECIA
REG. SAN. No.
Manufactura
Farmaceutica
S.A.
Importa: Delta
Vacunas

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | FI |
|-----------|-------|-------|-------------------|----|
| | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 1 | | | |
| | 2 | | | |

MSD
Varivax®
VACUNA DE VIRUS ATENUADOS VIVOS DE VARICELA
Registro Sanitario No. 20104-0017504
Lote: 1042604
Exp. D10-2022

MSD
Varivax®
VACUNA DE VIRUS ATENUADOS VIVOS DE VARICELA
Registro Sanitario No. 20104-0017504
Lote: 1042604
Exp. D10-2022

LOT/MFD/EXP:
AHBVC877AB
04-2019
03-2022
1 dos.
ADULT DOSE
1 dose/dose (1 ml)
rDNA hepatitis B vaccine/Vaccin recombinant
containing HBeAg and HBsAg surface antigens
inactivated with formalin. Contains 10% sucrose
in 0.5 ml saline solution. Do not freeze/No congelar
GSK Biologicals s.a. Rixensart - Belgium

Engerix™ - B 20
LOT/MFD/EXP:
AHBVC877AB
04-2019
03-2022
1 dos.
ADULT DOSE
1 dose/dose (1 ml)
rDNA hepatitis B vaccine/Vaccin recombinant
containing HBeAg and HBsAg surface antigens
inactivated with formalin. Contains 10% sucrose
in 0.5 ml saline solution. Do not freeze/No congelar
GSK Biologicals s.a. Rixensart - Belgium



SEDE CENTRO:
Cra. 44 No. 48-51 (Plazuela de San Ignacio)

SEDE AGUACATALA: Cra. 48 B No. 16 Sur-38

Conmutador: 216 11 44
Medellín - www.smsi.com.co

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN DEL ADULTO

Nombre: VAL Entin g
Apellidos: montero sínchez

Documento de Identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐
Nº 1000397197

Fecha de
Nacimiento: Día: 28 Mes: 11 Año: 2000

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|--|-------|-----------------|-------------------|-----------|
| M.M.R (Sarampión, Papera, Rubeola) | Única | | | |
| Toxoide Tetánico | 1 | 06 FNE 2021 | 220800919A | IVISAD |
| | 2 | 23- Marzo- 2021 | 220800920B. | Isabel P |
| | 3 | 23- Sept- 2021 | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Hepatitis B Engerix B. | 1 | 20 Feb 2021 | 6SK-AHBVC877AB | Aug Nara. |
| | 2 | 23- Marzo- 2021 | 6SK-AHBVC877AB | Isabel P |
| | 3 | 23- Sept- 2021 | | Aug Nara. |

| | |
|-----------|-----------|
| Varicela | Varicela |
| Prevenção | Neumococo |
| Varicela | Varicela |

063 Ana Mangana
4408 Awonmola
4063 Ani maia m.

INFORMACIÓN PARA LOS MÉDICOS

1. Las fechas para la vacunación en cada certificado deben ser registradas de la siguiente manera: día, mes, año - el mes en letras. Ejemplo: 1º de enero de 2001 se escribe como 1º enero 2001.
2. Si la vacunación esta contraindicada por recomendación médica, el médico debe proporcionar al viajero un certificado indicando por escrito su opinión, que las autoridades sanitarias deben tener en cuenta.
3. Las exigencias de los países en materia de vacunación están publicadas por la OMS en el libro "Viajes Internacional y Salud". Las autoridades sanitarias nacionales facilitan la información sobre los centros de vacunación internacional autorizados para vacunar contra la fiebre amarilla.
4. El médico debe considerar siempre que su paciente puede tener una enfermedad asociada a su viaje.

INFORMATION FOR PHYSICIANS

1. The dates for vaccination on each certificate are to be recorded in the following sequence: day, month, year - the month in letters. Example: January 1, 2001 is written 1 January 2001.
2. If vaccination is contraindicated on medical grounds, the physician should provide the traveller with a written opinion, which health authorities should take into account.
3. Vaccination certificate requirements of countries are published by WHO in International travel and health. Information on designated yellow fever vaccinating centres is available from local or national health offices.
4. The physician should always consider that his/her patient may have a travel-associated illness.

RENSEIGNEMENTS DESTINÉS AUX MÉDECINS

1. La date de la vaccination doit être portée sur les certificats dans l'ordre suivant: jour, mois, année - le mois étant indiqué en toutes lettres. Exemple: 1er janvier 2001.
2. Si la vaccination est contre-indiquée pour raison médicale, le médecin doit fournir au voyageur une attestation indiquant son opinion, dont l'autorité sanitaire aux frontières doit tenir compte.
3. Les exigences des pays en matière de vaccination sont publiées par l'OMS dans la brochure Voyages internationaux et santé. Les renseignements sur les centres habilités à pratiquer la vaccination contre la fièvre jaune sont disponibles auprès des autorités sanitaires locales ou nationales.
4. Le médecin doit toujours tenir compte du fait que son patient peut être atteint d'une maladie liée à un voyage.

Certificado Internacional de Vacunación o de Profilaxis

International Certificate of Vaccination or Prophylaxis
Certificat international de vaccination ou de prophylaxie

Expedido a · Issued to · Délivré à

Valentina Montero Sanchez.

Número del pasaporte o del documento de identificación
Passport number or travel document number
Numéro du passeport ou du document de voyage

1000397197

MINSALUD



Certificado internacional de vacunación o profilaxis

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

Certifica que:

Valentina Montero Sanchez

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

Fecha de Nacimiento Sexo Nacionalidad

28-11-00 F Colombiana

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

Documento nacional de identificación

1000397197
national identification document/ document d'identification national

Fiebre Amarilla

| Vaccine or prophylaxis | Fecha Date | Firma y título del profesional que supervisa la aplicación Signature and professional status of supervising clinician |
|--------------------------------|---------------|--|
| | | <u>Carlos M.</u> |
| Vaccin ou agent prophylactique | Date | Signature et titre du clinicien responsable |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Reglamento sanitario internacional

INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS /

Cuya firma aparece a continuación:

Valentina Montero S.
whose signature follows /dont la signature suit

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:

Fiebre Amarilla

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

| | | |
|---|--|--|
| Fabricante y número de lote de la vacuna o profilaxis <u>Sanofi P3B17-IV</u> | Certificado válido | |
| Desde <u>2018</u> | Hasta <u>2021</u> | |
| Manufacture and batch no. of vaccine or Exp: <u>01-2020</u> Loc: <u>P3B17</u> Manuf: <u>03022017</u> | Certificate valid Until | |
| STAMARIL YELLOW FEVER VACCINE (LIVE) VACCINE CONTRA LA FIEBRE AMARILLA (VIA) Poudre for suspension for injection 1 dose/shot Store at: 2°C - 8°C Do not freeze Shake well before use Substance in 10% solution of the reconstitution Sanofi Pasteur | Certificat valable partir du : jusqu'au : | |
|  Previnm Vacuna Internacional | | |