

CITAS PARA VACUNACION

VACUNAS	DOSIS	FECHA		
		DIA	MES	AÑO
B.C.G. (ANTITUBERCULOSIS)	U			
ANTIPOLIOMIELITIS	1ª			
	2ª			
	3ª			
D.P.T. (DIFTERIA, TOSFERINA, TETANOS)	1ª			
	2ª			
	3ª			
ANTIHEPATITIS B	1ª			
	2ª			
	3ª			
ANTISARAMPION	U			
T.D. (TETANOS, DIFTERIA)	1ª			
	2ª			
M.M.R.(PAP. SARAMP. RUB.)	U			
ANTIFIEBRE AMARILLA	U			
O T R A S				

PROGRAMA DE VACUNACIÓN

cooMeva
e.p.s

Entidad Promotora de Salud S.A.

CARNET PARA MENORES DE 5 AÑOS

SECTOR:

AREA:

ZONA:

NOMBRE:

Sebastián Giraldo V.

FECHA DE NACIMIENTO:

01

DIA

10

MES

99

AÑO

INSTITUCION:

DIRECCION:

MUNICIPIO:

CONSERVE EL CARNET
SE REQUIERE PARA UN BUEN CONTROL
DEL ESQUEMA DE VACUNACION

ESQUEMA DE VACUNACION

VACUNAS	DOSIS	FECHA VACUNA			LOTE	NOMBRE VACUNADOR	REFUERZO
		DIA	MES	AÑO			
B.C.G. (ANTITUBERCULOSIS)	U	05	OCT	99			
ANTIPOLIOMIELITIS	RN	05	OCT	99			
	1ª	07	DIC	99			
	2ª	10	03	2000			
	3ª	12	ABR.	2000			
D.P.T. (DIFTERIA, TOSFERINA, TETANOS)	1ª	7	DIC	99			
	2ª	7	II	2000			
	3ª	12	ABR.	2000			
ANTIHEPATITIS B	1ª	05	OCT	99			
	2ª	7	DIC	99			
	3ª	25	MAYO	2000		4113555	
ANTISARAMPION	U	1	06	02			
T.D. (TETANOS, DIFTERIA)	1ª						
	2ª						
M.M.R.(PAP. SARAMP. RUB.)	U	04	OCT.	2000	(per 10 años)	meningococo	
ANTIFIEBRE AMARILLA	U					1) 08 OCT 2000	
OTRAS	1era	7	02	2000		2) DIC 6/2000	
	2da	10	03	2000			
	3ra	12	ABR.	2000			

Este es un producto de la República de Colombia

Varicella Vaccine-GCC 1 vial contiene (0.7ml, una vez reconstituido)
 Vacuna contra la varicela (GCC) inyectable
 Con virus vivos atenuados
 0.7 ml / 1 vial

• Antes de usarla, lee el inserto
 • No exponer a la luz
 • Almacenar entre 2-8°C
 • Manténgala fuera del alcance de los niños
 • Verifica con formulas médicas

GREEN CROSS
 Fabricado por:

Pneumovax® 23
 VACUNA PNEUMOCÓCCICA POLIVALENTE
 Solución inyectable
 Dosis de 0.5 ml
 Via de administración intramuscular o Subcutánea.

Registro Sanitario No. INVIMA 2008M-0008056

Lot. No. S50118111
 Mfg. Date: 08.10.2016
 Exp. Date: 07.10.2018

En caso de requerir el
 o Profilaxis, solicite su

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
 Ministerio de Salud
 y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: **Sebastian**

Apellidos: **Gerald Vargas**

Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. **1234992095**

Fecha de Nacimiento: Día **01** Mes **10** Año **1999**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	7-01-99		
	2	7-02-00		
	3	12-04-00		
	4	12-10-04		
	5	22-11-01		
Contra Hepatitis B	1	13-10-17	143403301	
	2	16-02-18	HBVC63666	
	3	19 OCT 2018	AAEVC601	
	R			
Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla		1. 13.10.17	M156211V	Adriana P
Contra Influenza		19 OCT 2018	UI000A1	María L
Virus de Papiloma Humano				
Varicela	1.	16.02.18	350116111	Adriana Palacios López
Neum23	19 OCT 2018	R008193		María L