

2911010

FACULTAD DE MEDICINA
Centro de Salud Universitario

Departamento de Pediatría y Puericultura
Facultad de Medicina Universidad de Antioquia

REGISTRO INDIVIDUAL DE VACUNACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS: Man Elizabeth Duran L.

FECHA DE NACIMIENTO: Día 6 Mes II Año 1997

Barrio: _____ Teléfono: _____

Calle 56 # 41-38

3220-57

BIOLÓGICO	Primera dosis	Segunda dosis	Tercera dosis	Refuerzos
B.C.G.	<u>II-21-97</u>			
HEPATITIS B.	<u>II-21-97</u>	<u>18 ABR. 1997</u>	<u>02 SET. 1997</u>	
D.P.T.	<u>08 ABR. 1997</u>	<u>131</u>	<u>02 SET. 1997</u>	
REFUERZOS		<u>5 años</u>	<u>3 MAR. 2000</u>	
POLIO	<u>18 ABR. 1997</u>	<u>30</u>	<u>02 SET. 1997</u>	
REFUERZOS		<u>5 años</u>	<u>3 MAR. 2000</u>	
Haemophilus	<u>APR 08 97</u>	<u>29 97</u>	<u>17 XII 97</u>	
Meningococo				
Triple viral	<u>MAR 08 97</u>	<u>20 años</u>		
<u>Hepatitis A</u>				
<u>Varicela</u>				

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
Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Man Elizabeth

Apellidos: Duran

Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. 7152216353

Fecha de Nacimiento: Día 06 Mes 02 Año 1997

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión				
Rubéola	<u>2D</u>	<u>07-05-19</u>	<u>AG9CF715A</u>	<u>Hoy S.</u>
DPT 1	<u>1</u>	<u>08-01-97</u>		
Toxide Tetánico	<u>2</u>	<u>02-26-97</u>		
Diférico	<u>3</u>	<u>02-29-97</u>		
Td	<u>4</u>	<u>13-03-00</u>		
	<u>5</u>			
Contra Hepatitis B	<u>1</u>	<u>20-10-16</u>	<u>AHBVCS44AD</u>	<u>Tahana V</u>
	<u>2</u>	<u>26-12-16</u>	<u>AHBVCS44AD</u>	<u>copa</u>
	<u>3</u>	<u>17-01-2016</u>		
	<u>R</u>			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	<u>D</u>	<u>07-05-19</u>	<u>P31243N</u>	<u>Hoy S.</u>
Contra Influenza	<u>1</u>	<u>07-05-19</u>	<u>Q1750AC</u>	<u>Hoy S.</u>
Virus de Papiloma Humano				
Varicela	<u>1</u>	<u>20-10-16</u>	<u>A70CC927A</u>	<u>Tahana V</u>
	<u>2</u>	<u>26-12-16</u>	<u>A70CC927A</u>	<u>copa</u>

Nombre: Mrs Elizabeth Duran
 Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: RC 717697373

Registro de Vacunación

B.C.G.	Meningococo	Hemofilus
Antituberculosis	1ª dosis 15.06.02	1ª dosis
D.P.T./polio/Tétano Difteria/Tosferina	2ª dosis 24.08.03	2ª dosis
1ª dosis - 2 meses	Hepatitis A	Refuerzo NOV. 2000
2ª dosis - 4 meses	1ª dosis 15.06.02	Triple Viral
3ª dosis - 6 meses	2ª dosis 24.08.03	
Refuerzo	Hepatitis B	Tétano
18 meses	1ª dosis	Refuerzo cada 10 años
5 años 15.06.02	2ª dosis	Antigripal
Fiebre amarilla	3ª dosis	29.03.03
	Varicela	Neumococo
	1ª dosis 15.06.02	15.06.02
	2ª dosis	JUNIO 07
Otras vacunas		
	Antigripal Sept/Oct	

Este carné es válido en Colombia
 Será exigido 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



Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Maria Elizabeth

Apellidos:

Duran

Documento
de identidad:

C.C. ☐ T.I. ☐ Pasaporte ☐

No. 1.152.216.353

Fecha de
Nacimiento:

Día. Mes. Año.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	16/03/12	01C11020	leidy
	R.	26.08.15	D222-1	kimesa
Toxoide Tetánico	2	10-10-14	D2277	Tetanol
Diftérico	3	17-10-14	2026	C/10 ANDS
Td	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	21.2.97		
	2	8.4.97	TRANSCRIPCIÓN	
	3	2.9.97		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
	1	07-05-19	P304188V	leidy S.
	2	PROX: 07-NOV-19		
		(2) HA	\$ 108.000	
Contra Influenza				
Otras	Neumo (23)	15.06.2010	TRANSCRIPCIÓN	
	(2)	07-05-19	P304253	leidy S.

CHIRON | VACCINES

CARNET DE
VACUNACION

Nombre	M ^a E. Duran
Dirección	
Teléfono	

	DOSES	FECHA APLICACION	FIRMA
HEPATITIS B	1a	21/02/97	
HEPAX-GENE	2a	06/04/97	
	3a	2/9/97	
	Ret.		

	DOSIS	FECHA, APLICACION	FIRMA
TÉTANOS	1a		
DIFTERIA	2a		
OP-101-ALL	3a		
	Ref.		

INFLUENZA AGRIPIAL 51	DOSIS 1	FECHA APLICACION 25/09/95	FIRMA /M
--------------------------	------------	------------------------------	-------------

VARICELA	DOSIS	FECHA APLICACION	FIRMA
Varicela vaccine	1		
	2		

TRIPLE VIRAL MORUPAR	DOSIS	FECHA APLICACION	FIRMA
	1	marzo 7/98	

Certificado de Vacunación

Institución: Sura Hospital

Nombre: M^{ra} Elizabeth Duran

Identificación: _____ Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Influenza	1506156	90442	P/ Junio 2011	

www.sura.com

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Neumoz23 1506-10-E01391C palaco				

COM-6508101