





 <b>Pneumovax® 23</b> VACUNA PNEUMOCÓCICA POLIVALENTE Solución inyectable Vía de administración: intramuscular e intravenosa	 en Colombia a zonas de riesgo	 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
<b>Consérvelo</b>		
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		

 Ministerio de la Protección Social República de Colombia		 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	
Certificado de Vacunación del Adulto			
Nombres: <b>Paula Alejandra</b>			
Apellidos: <b>Deleon Valdes</b>			
Documento de identidad: C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input checked="" type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>		No. <b>99052810830</b>	
Fecha de Nacimiento: Día <b>28</b> Mes <b>05</b> Año <b>1999</b>			

<p>Este carné es válido en Colombia Será exigido para entrar a zonas de riesgo</p> <p><b>Consérvelo</b></p> <p>En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.</p> <p>Libertad y Orden</p> <p>POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO</p>	 MinSalud Ministerio de Salud y Protección Social	 PROSPERIDAD PARA TODOS
Certificado de Vacunación del Adulto		
Nombres: <b>Paula Andrea</b>		
Apellidos: <b>Deleon Valdes</b>		
Documento de identidad: C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>		No. <b>107270204</b>
Fecha de Nacimiento: Día <b>28</b> Mes <b>05</b> Año <b>1999</b>		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión	1			
Rubéola	1			
Toxóide Tetáno Diférico Td	1	15-1-19	221501316	Nzarku
	2			
	3			
	4	14/12/19	F03T	Colombia
	5	14-12-19		
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza		15-1-19	V50248008	Nzarku
		08-07-20	V50220013	Nzarku
Otras				

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  
sitios autorizados

**POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO**



**TODOS LOS DIAS SON  
DIAS DE VACUNACION**





**CERTIFICADO DE VACUNACIÓN DEL ADULTO**

Nombres: **Daniela Patricia**

Apellidos: **Deluon**

Documento de identidad: ☐ C.C. ☐ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. **1017252333**

Fecha de Nacimiento: Día **30** Mes **09** Año **1997**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Difterico Td	1	20/01/16	4075 T Colombia	
	2	26/07/16	11075 T Colombia	
	3	23 ENE 2019	Adacel CS4255A Reg	
	4	23	2020	
	5			
Contra Hepatitis B	1	20/01/16	UFX1500-3 Colombia	
	2	2/06/16	1434021-01 Colombia	
	3	26-07/16	1434024-03 Colombia	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla		23 ENE 2019	Sanofi P31243W	Thermap
Contra Influenza				
Otras Hepatitis A		23 ENE 2019	Sanofi N3K2515 Reg	
		23 julio 2019		
		23 ENE 2019	RO14154 Reg	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Difterico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza		11-1-18	V5021019	Antw
		15-1-19	V50218008	Antw
Virus de Papiloma Humano				

54253640

Hospital Departamental San Francisco de Asís  
Quibdó - Chocó

### REGISTRO INDIVIDUAL DE VACUNACION

INSTITUCION U ORGANISMO  
NOMBRE DEL VACUNADO  
FECHA DE NACIMIENTO  
MUNICIPIO

Seguro social.

Paula Alejandra De Leon Valdes.

DIA 28 MES Mayo AÑO 1999

TIPO DE BIOLÓGICO	PRIMERA O ÚNICA DOSIS	SEGUNDA DOSIS		TERCERA DOSIS		DOSIS ADICIONAL
	FECHA VACUNA	FECHA		FECHA		FECHA
		CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	
2 N° ANTIPOLIO	2-Agosto/99					
T.P.T.	2-Agosto/99	2-octubre 99		1 Dic/99	1-20/99	
ANTHEPAT. Meningitis	3 Mayo/99	1-Julio/99	2-Julio/99	2-Agosto/99	2-Agosto/99	
Hemofilius	2-Agosto/99	2-octubre/99	1 Oct/99	1 Dic/99	1-Dic/99	
B.C.O.	Junio 1/99.					
TRIPEVIRAL	Junio 6/00					

e: L = 1 1/2 1 y DPT y Polio