

H.C = 17365

DASSBU DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE BUCARAMANGA

CARNE DE VACUNACION

Nombre: Margary S. Saenz Fecha de Nacimiento: Oct-25-98

Dirección: AV. Q. Scca. #320-47

Organismo: Hospital Bucaramanga

ADICIONAL: Polio: 17-NOV-01

Biológico	Dosis	1a. o Unica Dosis	2a.	3a.	R1	R2
D.P.T.						
Polio	XI-4-98	XII-30-98	III-3-99	Mayo 12/99	26/10/00	Nov 22/01
AntiHepatitis B	XI-4-98	XI-16-98	Junio 2/99	25 Mayo 01		
T.D.	FA-17-NOV-2001					
Sarampión		28/10/00				
B.C.G.		XI-16-98				
Triple Viral		I-12/2000				

Nombre Vac. AS

Varicela: 14 Julio 01

Hepat A: 28/06/02 - 13/11/02

Hemophylus: 1-6-99 10/10/99 3 Junio 03

CARNÉ DE VACUNACIÓN PARA ADOLESCENTES Y ADULTOS

Secretaría Local de Salud: HOMIO

Nombre: Stephanía Saenz G.

Fecha de nacimiento: 25/10/98

Afiliación: C S NA OTRO

Dir. Domicilio: _____

Mpio./Barrio/Vereda: _____

EPS/ARS: Ejército

IPS: _____

FECHA	Día	Mes	Año	Lote	Día	Mes	Año	Lote	Día	Mes	Año	Lote	Día	Mes	Año	Lote	Día	Mes	Año	Lote	NOMBRE DEL VACUNADOR
VACUNA	Td1				Td2				Td3				Td4				Td5				
TOX. TETANO. DIF Td/T	8	5	08		10	5	08		2	12	2008		6	06	09		13	7	09		Johana.
SI TIENE DPT*																					
SARAMPIÓN																					
SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	24	Feb	12																		Johana
HEPATITIS B																					
FIEBRE AMARILLA	6	2	9																		Zully A.
INFLUENZA	25	6	12		24	5	13														Zully A.
NEUMOCOCO																					
MENINGITIS																					
HEPATITIS A	28	06	02		13	04	02														AS
VARICELA																					
OTRAS																					

* Solo se aplica en MEF, si tiene antecedente certificado con DPT-3 solo se aplicarán dosis de Td

* SR se aplica en postparto y postaborto y jornadas (dosis única)

Afiliación: Marque con X la C: Contributivo S: Subsidiado NA: No Afiliado - Vinculado E: Fecha de Registro D: Día M: Mes A: Año

ESTE CARNÉ ES IMPORTANTE PARA USTED CONSERVELO TODA LA VIDA Y PRESENTELO EN SUS CONSULTAS MEDICAS

La salud
es de todos

Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: **Marggy Stephania**

Apellidos: **Saenz Gomez**

Documento de identidad: C.C. ☒ X.T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuál:

No. **1098812655**

Fecha de nacimiento: Día **25** Mes **10** Año **1998**

11:26

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	31-03-2021	Pfizer	FR 1742	FOSCAL	Alexandra Rodríguez	1232889909
	2	21-04-21	Pfizer	ET 6921	foscal	Alexandra Rodríguez	1232889909
			<p>Vacunación - Covid</p>		<p>Vacunación - Covid</p>		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	feb 24/12	012N1014	Marcela
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	8 May/08		Johana
	2	10 Jun/08		Johana
	3	2 Dic/08		J. González
	4	6 Jul/09		Zully
	5	13 Jul/10		Zully
Contra hepatitis B	1			
	2			
	3			

Triple Viral Cada 10 años	R1			
	R2			
Toxoide Tetánico	1			
	2			
	3			
Toxoide Diftérica y Tetánico	1			
	2			
	3			
	4			
	R			
Varicela	1	18 JUN 2021	U003188	
	2	01 Sept. 2021	U004028	
Virus del Papiloma Humano	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	Feb 24/12	012N1014	Margela
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	8 May/08		Johana
	2	10 Jun/08		Johana
	3	20/2/08		J. Gmez
	4	6 Jul/09		Zully
	5	13 Jul/10		Zully
Contra Hepatitis B	1	Fr-Td=8-07-15		Paula
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	6-02-09		135116	Zully A.
	8-07-15			Paula
Contra Influenza		12-04-07		Johana
		15-04-09		Zully A.
		20-02-2013		Zully A.
Otras				

Certificado de Vacunación

Institución: Hercilio


Nombre: Margary Scenz Gomez

Identificación: _____

Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Influenza	1	10-08-11	04382M	Andrea
HHV1	1	22-05-13		Zully

cortesia sanofi pasteur

VACUNA	DOSIS	FECHA	LOTE	FIRMA
Fiebre Amarilla	R			
	R			
Fiebre Tifoidea	1			
	R			
Hepatitis A	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			
Influenza	1	16 JUN 2021	4013	
	R1			
	R2			
Meningococo	1			
	2			