



I.P.S. con Registro especial
de prestadores de la salud No. 006242

Qué inteligente es prevenir,
vacunación segura

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN DEL ADULTO

NOMBRES: **M^a. Alejandra**

APELLIDOS: **Firraldo Restrepo**

DOC. IDENT.: C.C. ~~X~~ T.I.
PASAPORTE

No. **1037449894**

F. NACIMIENTO: Día **28** Mes **08** Año **1995**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
F. Amarilla	U	22-2-07	42575	Jones
Influenza	1	17 SEP 2018	188841B	C. Restrepo
		17 09-10 19		
Varicela	1	06-02-2017	5101473	Copia
	2	27-04-2017	5101473	Copia
Contra Hepatitis A	1	06-02-2017	MUZIMH	Copia
	2	6-08-2017		
Neumococo 23	1	17 SEP 2018	4008193	C. Restrepo
		Dosis única		

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

POR MÍ Y POR C



Certificado de Vacunación del Adulto

Nombre: **MARIA ALEJANDRA**
Apellidos: **GIRALDO RESTREPO**
Documento de identidad: C.C. T.I. ☒ Pasaporte No. **95082823752**
Fecha de nacimiento: Día **28** Mes **08** Año **1995**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	14/2/12	N1011	Alba
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	28/01/16	12-01	Alba
	2	10/3/16	12-01	
	3	25/3/16	12-01	
	4	23/9/17	12-01	
Contra Hepatitis B	5	18/12/09	7462AB	Alba
	1	16/3/13	2658C	
	2	18/4/13	C2658C	
	3	14/10/13	1434012	Alba

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	①	22/2/17	7257	Alba
Contra Influenza	②	06 FEB 2017	MOZ141M	Alba
V.C	③	06 FEB 2017	0101493	Alba
Otras	19	28/4/13	H021245	Alba
VPH	④	27 ABR 2017	5101473	Alba

FluQuadri™
0.5 ml
L: UJ380AA
M: 16ENE20
E: 16ENE21

Certificado de Vacunación

Institución: **Com Fam 9**
Nombre: **Mª Alejandra Giraldo**
Identificación: **1937449894**

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
FluQuadri	06-20-20	UJ380AA	Joana	

Cortesía de Sanofi Pasteur



Paciente:	GIRALDO RESTREPO MARIA ALEJANDRA		
Edad:	23 Años 2 Meses 1 Día	Médico:	
Género:	Femenino	Teléfono:	
Identificación:	1017449894	Envío de resultados:	Empresa: CLINICA EMMSA
Teléfono:	5051174	Fax:	Autorización:
Dirección:	CLLE77D 87A20		Sede: Centro de Procesamiento EMM
E-mail:	aleja12007@gmail.com		

El intervalo Biológico de referencia ha sido ajustado de acuerdo a la edad, género y metodología

Nombre de Examen	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
HORMONAS			

Hepatitis B, ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] *	> 1000.00	mU/ml
---	-----------	-------

Tipos de Referencia

No reactivo: Menor a 10.00

Reactivo: Mayor o igual a 10.00 (indica la presencia de anticuerpos HBs)

Los valores de referencia han sido ajustados por cambio tecnológico.

	Fecha:	Hora:
Toma de Muestra:	2018/10/29	12:00:
Reporte:	2018/10/29	22:04:
Técnica:	QUIMIOLUMINISCENCIA	

Tatiana Zapata Saldarriaga

TATIANA MARIA ZAPATA SALDARRIAGA
Bacteriólogo y laboratorista clínico (a)
REG. 52-2044

Validado por:

INMUNOLOGIA MDE

Varicela zoster, ANTICUERPOS Ig G	0.54	Índice
-----------------------------------	------	--------

Tipos de Referencia

Negativo: Menor de 0.9

Dudoso: De 0.9 a 1.1

Positivo: Mayor de 1.1

	Fecha:	Hora:
Toma de Muestra:	2018/10/29	12:00:
Reporte:	2018/10/31	15:02:
Técnica:	INMUNOENSAYO ENZIMÁTICO-EIA	

Johana Escobar Hoyos

JOHANA ESCOBAR HOYOS
Bacteriólogo y Laboratorista Clínico (a)
REG. 25-6753-13

Validado por:

RESULTADO VALIDADO Y EXPEDIDO POR EL LABORATORIO MÉDICO ECHAVARRÍA

Fecha: 2018/11/01 Hora: 09:13