

# CARNET DE VACUNACION



**Torre Médica  
LAS AMERICAS**

Nº

6647

NOMBRE

Isabella villa Gómez

FECHA DE NACIMIENTO

DIA	MES	AÑO
7	Jun	99

GRUPO SANGUINEO

OBSERVACIONES

SENSIBLE A:

CS Scanned with  
CamScanner

TORRE MEDICA LAS AMERICAS Diag. 75B N° 2A - 80 Consultorio: 205 Tels.: 345 92 05 - 341 70 70 Ext. 205

EDAD	VACUNAS	FECHA	VACUNAS	FECHA
0 MES	BCG	2. Jul. 99	HEPATITIS B	8. VI. 99
	POLIO	8. VI. 99		9. Ago. 99
2 - 3 MESES	POLIO	9. Ago. 99	T.d.(NIÑOS)	
	DPT	9. Ago. 99		
4 - 5 MESES	POLIO	21. 8. 99	T.D.(ADULTOS)	
	DPT	21. 8. 99		
6 - 7 MESES	POLIO		MENINGOCOCO B-C	
	DPT			
9 MESES	SARAMPION		NEUMOCOCO	
15 MESES	TRIPLE VIRAL		FIEBRE TIFOIDEA	
18 MESES	POLIO		FIEBRE AMARILLA	
	DPT			
4 - 6 AÑOS	DPT		VARICELA	
	POLIO		VIRUS DE LA INFLUENZA	
HEMOPHILUS INFLUENZA B	EDAD	9. Ago. 99	PRUEBA TUBERCULINA	
	1º DOSIS		OTRAS	
	2º DOSIS			
	3º DOSIS			
	4º DOSIS			

CS Scanned with  
CamScanner



En Salud, tenemos la clave.

## CARNÉ DE VACUNACIÓN

Isabella villa

Nombres

Gomez

Apellidos

7-Junio/99

Fecha de Nacimiento

Teléfono

Sta teresita

IPS

10 años

PROXIMA CITA (Con Lápiz)



Scanned with  
CamScanner

VACUNA		DIA	MES	AÑO	LOTE	VACUNADOR
B.C.G. (Antituberculosis)	U.	2	07	99		
	1.	9	08	99		
	2.	21	X	99		
D.P.T. Tosferina, Tétanos, Difteria	3.	7	01	00		Alfonso
	R.	7	05	02		CR
	R.	12	05	05		
PN 8-06/99	1.	9	08	99		
POLIOMIELITIS	2.	21	X	99		Dany
	3.	7	01	00		Alfonso
	R.	2	05	02		CR
	R.	12	05	05		
HEPATITIS B	1.	8	08	99		
	2.	9	08	99		
	3.	7	01	00		Alfonso
TRIPLE VIRAL (M.M.R.) Sarampión, Rubéola, Parotiditis	1.	21	6	00		Alfonso
	R.	02	05	05		
TETANOS Toxoides Tetánico y Diftérico (Td)	1.					
	2.					
	R.					
	R.					
	R.					
MENINGITIS H. Influenzae B	1.	9	08	99		Dany
	2.	21	X	99		Dany
	3.	7	01	00		Alfonso
	R.					
MENINGITIS Meningococo B.	1.					
	2.					



Scanned with  
CamScanner





MINSALUD



GOBIERNO DE COLOMBIA

### Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Isabella

Apellidos:

Villa

Documento  
de identidad:

C.C.

T.I.

Pasaporte

No.

1017270752

Fecha de  
Nacimiento:

Día.

07

Mes.

06

Año.

1999



Scanned with  
CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Fiebre amarilla	Única	22 JUL 2019	R3E153U Caro	
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Hepatitis A	1	22 JUL. 2019	R3B488U Caro	
	2	22 Enero 2020		
	3			



Scanned with  
CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	22 JUL 2019	UJ 171 AB Caro	
Pneumovax	1	22 JUL 2019	UJ 171 AB Caro	
Otras				

Scanned with CamScanner

ENE-2018 R018253 ENE-2020

MSD

**Pneumovax® 23**  
VACUNA PNEUMOCOCCICA POLIVALENTE  
Solución Inyectable. Dosis de 0.5 ml.  
Via de administración Intramuscular o Subcutánea.

Registro Sanitario No. INVIMA 2008M-0008056

70034929/00-114741

977130

en Colombia.

Colombia: R.S. INVIMA 2009 M-01 1997 B-1  
Perú: R.S. INVIMA 2017M-000940 B2  
Ecuador: R.S. 19.019-2-09-04

Manuf.: Sanofi Pasteur

Manuf.: 03022018  
Lot: R3B48  
Exp.: 01-2021

STAMARIL ≥ 1000 UI / 0.5 ml

VACUNA CONTRA LA FIEBRE AMARILLA (VIVA)  
Pulvo para suspensión inyectable  
1 dosis  
Almacenar entre 2° a 8°  
Agitarse antes de usar  
Via subcutánea o intramuscular después de la reconstitución. Véase inserto

Colombia: R.S. INVIMA 2017M-000940 B2  
Perú: R.S. BE-00030  
Ecuador: R.S. 19.019-2-09-04

Sanofi Pasteur

AVAXIM 160U  
VACUNA CONTRA LA HEPATITIS A (INACTIVADA, ADSORBIDA)  
Suspensión inyectable  
0.5 ml - 1 dosis  
Via intramuscular  
Conservar entre 2°C - 8°C  
Agitarse antes de usar

UJ 171 AB  
21 FEB 19  
21 FEB 20

FOR MI Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.

**Certificado de Vacunación**

Institución: Comfarma

Nombre: Isabella Villa Gomez

Identificación: 1017270752 Tel: \_\_\_\_\_

Vacuna Dosis Fecha Aplicación

Influenza 1 15 D 7 21

UJ 626 AB  
13 ENE 22  
13 ENE 21

vacunador

Claud.

Cortesía de Sanofi Pasteur

Región	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	#1 vacinación	Nombre vacunado	Cédula del vacunado
Cusco	1	8-1-20	PFIZER	EW 3344	H.G.M.	Katherine Samet	21021436
	2	11-04-21	PFIZER	EW 3344	H.G.M.	Veronica Guzman	1103391251



La salud  
es de todos

Minsalud



MiVacuna  
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: 

Apellidos: 

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

No. 

Fecha de nacimiento:  Día  Mes  Año