

Recuerde

Las vacunas no enferman; producen reacciones que indican la creación de defensas en el organismo.

El niño a los 12 meses debe tener la mayoría de las vacunas aplicadas; por eso es importante que su hijo las reciba en las edades indicadas para lograr su protección.

No olvide aplicar los refuerzos, son indispensables.

La alimentación materna, el aseo y las vacunas son necesarias para crear defensas en sus hijos.

Conserve este carné en buen estado y guárdelo en lugar seguro.

Consulte cualquier duda o reacción sobre la vacuna.

Presente siempre este carné cuando lleve a su hijo a vacunar o solicite algún servicio de salud.

FECHA PROXIMA CITA PARA APLICACION VACUNAS:
(Diligencie con lápiz)



Carné de vacunación



NOMBRE <i>Vanesa Gomez Giruldo</i>	
NUMERO DE IDENTIFICACION <i>Re 25750849</i>	
FECHA DE NACIMIENTO <i>27-01-1998</i>	TELEFONO <i>3422884</i>
DIRECCION <i>Calle DASUR N 75 DA 30</i>	

© 2004 S.A. NIT 800.021.157-0. HONORARIO: \$21000



COD. 138 - V1

VOLEADO "CONFAMA" adherido

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACION VACUNA AAAA/MM/DD	LOTE	VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACION VACUNA AAAA/MM/DD	LOTE
B.C.G. (Antituberculosis)	Unica	28-01-1998		Sarampión	Unica	24-11-2002	
Antipoliomielítica	1ª (R.N.)			Hemóphilus	1ª	13-04-1998	
	2ª (2 Meses)	13-04-1998			2ª	18-06-1998	
	3ª (4 Meses)	18-06-1998			3ª	19-08-1998	
	4ª (6 Meses)	31-08-1998			R- (15-18 Meses)	5-08-1999	
	R- (18 Meses)	12-10-1999		Neumococo Pediátrico	1ª (2 Meses)		
	R- (5 Años)	10-04-2003			2ª (4 Meses)		
D.P.T. (Difteria, Tostema, Tétanos)	1ª (2 Meses)	13-04-1998			3ª (6 Meses)		
	2ª (4 Meses)	18-06-1998			R- (15 Meses)		
	3ª (6 Meses)	19-08-1998		Fiebre Amarilla (*)	1ª	14 FEB 2005	014 4
	R- (18 Meses)	05-08-1999			Cada 10 Años		
	R- (5 Años)	10-04-2003		Varicela (*)	1ª	6-07-1999	
Hepatitis B (*)	1ª (R.N.)	28-01-1998			2ª	—	
	2ª (2 Meses)	6-03-1998		Hepatitis A (*)	1ª	31-08-2000	
	3ª (4 Meses)	—			2ª	4-10-2001	
	4ª (6 Meses)	16-10-1998		Meningococo (*)	1ª	10-05	
Triple Viral (Sarampión, Rubéola, Paperá)	1ª (1 Año)	1-02-1999			2ª		
	Refuerzo	10-04-2003		Neumococo (*)	1ª	26-07-2002	
Toxide Tetánico (*) (Tétanos)	1ª				2ª	26-07-2007	
	2ª			Antigripal (*)		31-08-2000	
	3ª						
	4ª						
	5ª						
Toxide Diftérico (*) (Tétanos y Difteria)	1ª			Otras:			
	2ª						
	3ª						
	4ª						
	5ª						

COD. 138 - V1

R.N.: Recién Nacido R: Refuerzo
 (*) Estas vacunas también se aplican a los Adultos. (En este caso no aplican las edades del cuadro).

CONSERVE ESTE CARNÉ TODA SU VIDA

Presente este carné cuando
asista a sus consultas
medicas



Vanesa Gomez Giraldo.

NOMBRE DEL VACUNADO

TELÉFONO DE LA CASA: _____

TELÉFONO DE LA OFICINA: _____

FECHA DE NACIMIENTO:

Día	Mes	Año

IPS: 02-06-08

TELÉFONO IPS: _____ EXT. VACUNACIÓN _____

MUNICIPIO: _____

AFILIACIÓN: PC. 9801275335A

F-285 VERSIÓN 2 OCTUBRE 2005

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	Dosis	FECHA DE VACUNA			Lote	Próxima cita	Refuerzos	Lote
		Día	Mes	Año				
B.C.G. (Antituberculosis)	U	28	01	98.				
Antipoliomielítica	R.N							
	1ª	13	04	98.				
	2ª	18	06	98.				
	3ª	21	08	98.				
D.P.T (Difteria, Tosferina, Tétanos)	1ª	13	04	98.		18 meses	12. Oct. 99	
	2ª	18	06	98.		5 años	10. Abril. 03.	
	3ª	31	08	98.		18 meses	12. Oct. 99.	
						5 años	10. Abril. 03.	
Antihepatitis B. RN = 28.01.98.	1ª	13	04	98.				
	2ª	18	06	98.				
	3ª	31	08	98.				
Triple Viral (Sar. Pap. Rub)	U	1	07	99.		5 años.	10. Abril. 03.	
Toxoide Tetánico (Tétanos)	1ª	31	08	00				
	2ª	4	10	01				
	3ª							
Taxoide Difterico (Tétanos y Difteria)	1ª							
	2ª							
	3ª							
Sarampión	U	6	07	99.				
Antifiebre Amarilla	U							
Meningo-BC (Meningococo)	1ª	2	04	08	7024K.			
	2ª							
Hib (Hemofilus Influenza)	1ª	13	04	98.				
	2ª	18	06	98.				
	3ª	31	08	98.				
Rubeola	U							
Otras								
Neumococo.	-	26	07	02.				
Influenza	-	31	08	00.				
Sarampión 2do.	-	24	11	02.				

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
y Protección Social

PROSPERIDAD
PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: **Vanesa**
Apellidos: **Gomez Giraldo**
Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. **1037660294**
Fecha de Nacimiento: Día Mes Año

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
y Protección Social

PROSPERIDAD
PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: **Vanesa**
Apellidos: **Gomez**
Documento de identidad: C.C. ☐ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No.
Fecha de Nacimiento: Día **22** Mes **01** Año **1998**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
	1 Ref	08-06-16	D2276	Confamag Sabaneta
Toxoides Tetánico Diftérico Td	2	8 junio 2026		
	3			
	4			
	5			
	1	28 Nov 16	UFX15004	MSI
Contra Hepatitis B	2	10 Jun 2017	UFX16002	MSI
	3	21 Nov 2017	UFX16006	MSI
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	2	27-10-18	U1928AC	Ledy M
Virus de Papiloma Humano				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
	1			
Toxoides Tetánico Diftérico Td	2			
	3			
	4			
	5			
	1			
Contra Hepatitis B	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano	①	22 MAY 2013	500135U	OFINOLIVO
	②	29-11-13	2002191	OFINOLIVO
	③	29-NOV-2018		

Certificado Internacional de Vacunación o Revacunación contra el Cólera
International Certificate of vaccination or Revaccination against Cholera
Certificat international de Vaccination ou Revaccination contre le Cholera

Certificase que

This is to certify that - Je soussigné(e), certifie que

whose signature follows - dont a signature suit

ha sido vacunado(a) o revacunado(a) contra el cólera, en la fecha indicada
 has on the date indicated been vaccinated or revaccinated against cholera
 a été vacciné(e) contre la choléra à la date indiquée

	Fecha Date	Firma y calidad profesional del vacunador Signature and professional of status vaccinator Signature et qualité professionnelle vaccinateur	Sello autorizado Approved stamp Cachet d'authentification
1			
2			
3			
4			

La validez del presente certificado se extenderá por un periodo de seis meses, que comenzará a regir seis días después de la primera inoculación de la vacuna, o en caso de revacunación dentro de dicho periodo de seis meses, en la fecha misma de revacunación. El sello autorizado deberá ser del modelo prescrito por la administración sanitaria del territorio en que se efectúe la vacunación.

The validity of this certificate shall extend for a period of six months, beginning six days after the first injection of the vaccine or, in the event of a revaccination within such period of six months, on the date of that revaccination. The approved stamp mentioned above must be in a form prescribed by the health administration of the territory in which the vaccination is performed.

La validité de ce certificat couvre une période de six mois commençant six jours après la première injection du vaccin ou, dans le cas d'une revaccination au cours de cette période de six mois le jour de cette revaccination. Le cachet d'authentification doit être conforme au modèle prescrit par l'administration sanitaire du territoire où la vaccination est effectuée.

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE MEDELLÍN



REPÚBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA **32956**

Certificado Internacional de Vacunación
International Certificate of Inoculation and Vaccination
Certificat International de Vaccination

Nombre Vanesa Gomez Giraldo Fecha de nacimiento 27 Enero - 98 Sexo F
 Name _____ Date of birth _____ Sex _____
 Nomme _____ e (e) le _____ Sexe _____

Toda corrección o enmienda del Certificado o la omisión de cualquiera parte de él, lo invalida.
 Any amendment of this certificate or erasure, of complete any part of it, may render it invalid.
 Toute correction ou rature sur le certificat ou l'omission d'une quelconque des mentions qu'il comporte peut effectuer sa validité.

Certificado Internacional de Vacunación o Revacunación contra la viruela
International Certificate of vaccination or Revaccination against smallpox
Certificat international de Vaccination ou Revaccination contre la variole

Certificase que
 This is to certify that - Je soussigné(e), certifie que
 cuya firma aparece a continuación
 whose signature follows - dont la signature suit
 ha sido vacunado(a) o revacunado(a) contra la viruela, en la fecha indicada
 has on the date indicated been vaccinated or revaccinated against smallpox
 a été vacciné (e) or revacciné (e) contre la variole à la date indiquée

Fecha Date	Indique con una "X" si es: Show by "X" whether: Indiquer par "X" s'il s'agit de:	Firma y calidad profesional del vacunador Signature and professional status of vaccinator Signature et qualité profes- sionnelle du vaccinateur	Sello autorizado approved stamp Cachet d'authentification
1 a	Primovacunación hecha Primary vaccination performed Primovaccination effectuée		
1 b	Satisfactoria Read as successful Prise Insatisfactoria Unsuccessful Pas de prise		
2	Revacunación Revaccination		
3	Revacunación Revaccination		
4	Revacunación Revaccination		
5			

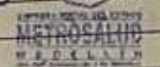

La validez del presente certificado se extenderá por un periodo de tres años que comenzará a regir ocho días después de la fecha de una primovacunación satisfactoria o, en caso de revacunación, en la fecha misma de revacunación. El sello autorizado arriba indicado deberá ser del modelo prescrito por la administración sanitaria del territorio en que se efectúe la vacunación.

The validity of this certificate shall extend for a period of three years, beginning eight days after the date of a successful primary vaccination or, in the event of a revaccination, on the date of that revaccination. The approved stamp mentioned above must in a form prescribed by the health administration of the territory in which the vaccination is performed.

La validez de ce certificat couvre une période de trois ans, commençant huit jours après la date de la primovaccination effectuée avec succès (prise) ou, dans le cas d'une revaccination, le jour même de la revaccination. Le cachet d'authentification doit être conforme au modèle prescrit par l'administration sanitaire du territoire où la vaccination est effectuée.

Certificado Internacional de Vacunación o Revacunación contra la fiebre amarilla
International Certificate of vaccination or Revaccination against yellow fever
Certificat International de Vaccination ou Revaccination contre la fièvre jaune

Certificase que
 This is to certify that - Je soussigné(e), certifie que
 cuya firma aparece a continuación
 whose signature follows - dont la signature suit
 ha sido vacunado(a) o revacunado(a) contra la fiebre amarilla, en la fecha indicada
 has on the date indicated been vaccinated or revaccinated against yellow fever
 a été vacciné (e) or revacciné (e) contre la fièvre jaune à date indiquée

Fecha Date	Firma y calidad profesional del vacunador Signature and professional status of vaccinator Signature et qualité profes- sionnelle du vaccinateur	Origen y N° del lote de la vacuna Origin and batch N° of vaccine Origine du vaccin et N° du lot	Sello oficial del centro de vacunación Official of vaccinating center Cachet officiel du centre de vaccination
1 FEB 2008	 Magda Zapata D.	014	 Valido 20 años

Vacuna Internacional

Este certificado solo será válido si la vacuna ha sido aprobada por la Organización Mundial de la Salud y si el centro de vacunación ha sido designado por la administración sanitaria del territorio en el cual está situada dicho centro. La validez del presente certificado se extenderá por un periodo de seis años, que comenzará a regir diez días después de la fecha de vacunación, o en caso de revacunación, dentro de dicho periodo de seis años, en la fecha misma de revacunación.

This certificate is valid only if the vaccine used has been approved by the World Health Organization and if the vaccinating center has been designated by the health administration for the territory in which that center is situated. The validity of this certificate shall extend for a period of six years, beginning ten days after the date of vaccination or, in the event of revaccination within such period of six years, from the date of