

## OBSERVACIONES

**B.C.G.:** Contra Tuberculosis.

**Polio:** Contra Poliomiелitis  
(Parálisis infantil).

**D.P.T.:** Contra Difteria, Tosferina  
y Tétanos.

**Hepatitis B: Contra Hepatitis B.**

**Triple Viral:** Contra Sarampión,  
Rubeola y Paperas.

Tétanos: Contra Tétanos.

PROTEJA A SUS HIJOS  
VACUNANDOLOS  
OPORTUNAMENTE



COLMENA

*salud*

# REGISTRO INDIVIDUAL DE VACUNACION

NOMBRE DEL VACUNADO

Paulina Passa

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

43633971

FECHA DE NACIMIENTO

24-Sept-00

NOMBRE DE LA EMPRESA

Re: 30.356.068

SIC-418 / 0598

VACUNA	DOSIS										OBSERVACIONES
	1o.		2o.		3o.		TR		2R		
	FECHA		FECHA		FECHA		FECHA		FECHA		
B.C.G.	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	
D.P.T.	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	
ANTIPOLIO	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	
HEPATITIS B	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	
TRIPLE VIRAL	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	
Varicela @	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	
HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	

# CONSERVE ESTE CARNET

SE REQUIERE PARA  
UN BUEN CONTROL  
DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN  
PRESENTELO SIEMPRE  
QUE ASISTA A UN SERVICIO DE SALUD

Todo niño vacunado está protegido  
contra enfermedades graves.

Después de la vacunación,  
el niño puede presentar reacciones como  
fiebre, dolor y brote.

Estas reacciones son normales  
y significan que el niño  
está produciendo defensas contra  
las enfermedades para las que fue vacunado.

"En caso de presentarse  
una reacción distinta de las anteriores,  
consulte a la institución de salud  
más cercana". /

"La salud puede ser nuestro mayor bien...  
Divámosla"



## CARNET DE VACUNACIÓN

NOMBRE DEL VACUNADO <i>Paulina Yara</i>		
FECHA DE NACIMIENTO	DÍA	MES AÑO
	24	07 00
INSTITUCIÓN <i>Comunidad Bell</i>		
MUNICIPIO		
CARNET NÚMERO <i>A6L0250728</i>		
ZONA	SECTOR	ÁREA

### PRÓXIMA CITA

FECHA

### ESQUEMA DE VACUNACIÓN

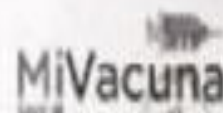
VACUNA	Dosis	FECHA DE VACUNA			Lote	Nombre del Vacunador	Refuerzos	Lote
		Día	Mes	Año				
B.C.G. (Antipoliomelítica)	U							
	RN							
	1º							
	2º							
	3º							
D.P.T. (Difteria, Tosferina, Tétanos)	1º	09	JUL	2018	42379275AA	12-5 años		
	2º							
	3º							
Antihepatitis B	1º	27	08	2018	UFA 1500	12-5 años		
	2º							
	3º							
Triple Viral (Sar.Pap.Rub.)	U					12-5 años		
Toxoide Tetánico (Tétanos)	1º							
	2º							
	3º							
Toxoide Ditrénco (Tétanos y Difteria)	1º							
	2º							
	3º							
Sarampión	U	10	09	10	012N8020	12-5 años		
Antifiebre Amarilla	U							
Meningo-BC (Meningococo)	1º							
Hb	1º							
(Hemofilius, Influenza)	1º	27	08	2018	U5021800			
Rubeola	U							

"Niño sano, futuro Feliz"

# MiVacuna

Covid-19

www.minsalud.gov.co



## Certificado de vacunación

3  
10:00

Nombre: **Pavina**  
 Apellido: **Parras Velez**  
 Documento de identidad: **CC** ☒ **A** ☐ **R** ☐ **E** ☐ **N** ☐ **I** ☐ **D** ☐ **O**  
 No: **1000645820**  
 Fecha de nacimiento: **24** **09** **2000**

Enfermedad	Fecha	Proveedor	Identificación	PS asociado	Nombre asociado	Código asociado
COVID-19	08 Abril 2021	Pfizer	BR4994	Bello Salud	Mateo Sanchez	1011293629
	29/09/21	Pfizer	ET6924	Bello Salud	Carlos Villa	98574379