



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

## Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Moris

Apellidos:

Riveros Calle

Documento  
de identidad:

C.C. ☒ T.I.

Pasaporte ☐

No.

123334235

Fecha de  
Nacimiento:

Día

21

Mes

06

Año

1998

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	28-8-03.	R20TV.	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	27/4/18	221501316A	Jocelyn
	2	26/05/21	20208009200.	
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	26/05/21	AHBTC-877AB	
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	2x 10 años.	26/05/21	R3M076V.	
Contra Influenza	1	15/03/18	V502/7019	Jocelyn
	1	26/05/21	UJ526AB.	
Virus de Papiloma Humano				



**Sede** : Montería  
**Solicitud** : 10540138  
**Paciente** : NORIS DANIELA NIEVES CALLE  
**Identificación** : 1233342235  
**Convenio** : PARTICULAR



**Fecha Recepción** : 2021-05-29 08:16:38  
**Fecha Impresión** : 2021-05-29 17:33:54.  
**Médico** : SIN ORDEN MEDICA  
**Edad/Sexo** : 22 / F

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
----------	-----------	----------	-----------------------

## INMUNOLOGIA

Varicela Herpes Zoster Virus Ac, IgG

Método: Inmunoensayo Enzimático (EIA)

Resultado: 16.0

Negativo:	<	9.0
Indeterminado:	9.0 -	11.0
Positivo:	>	11.0

Johanny Bader Perez  
TP: 424 Bacterióloga

\* La interpretación del resultado de sus exámenes corresponde exclusivamente al médico\*



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 en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

**POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO**



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia



### Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Mrs. Daniela

Apellidos:

Nieus Calle

Documento  
de identidad:

C.C.

T.A.

Pasaporte

No.

27921718

Fecha de  
Nacimiento:

Día.

Mes.

Año.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	1-Marzo 2012	Serum 01241016	Yoyi ✓
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				



2m - 3m - 4m

\* EN ZONAS ENDEMICAS

\* EN ZONAS ENDEMICAS

PROGRAMADAS  
30 Def 28/98

[illegible]

1817. Ro Lugo. 5000

Del  
eda  
Des  
el n  
A l  
con  
pap  
Del  
alin  
par  
A lo  
frut  
lent  
pu

Dele a su niño leche materna hasta los 2 años de edad.  
Desde recién nacido hasta los 4 meses de edad el niño solamente necesita leche materna.  
A los 4 meses, además de la leche materna, comience a darle frutas, cereales y verduras en papilla, naco o pure. Utilice taza y cuchara.  
Dele primero la leche materna, y después los otros alimentos, haciéndolos poco a poco más sólidos para que comience a masticar.  
A los 6 meses, además de la leche materna, de las frutas, los cereales y las verduras, dele frijoles, lentejas, arvejas, pasta, papa y arroz; también puede darle huevo y carne molida.  
A los 9 meses, además de la leche materna, el niño puede comer de todos los alimentos que come la familia.  
Dele siempre primero la leche materna y después los otros alimentos. El agua para tomar y para preparar los jugos debe ser hervida.

Báñelo todos los días, lávele las manos y los dientes, córtale las uñas, póngale zapatos cuando camine. No use talcos, ni chupos. No le dé aceites para purgarlo. Evite que su hijo se acerque a enfermos.

**INTOXICACIONES:** No deje al alcance del niño drogas o venenos que pueda tomar.

**QUEMADURAS:** No deje a su niño solo en la cocina; evítele contacto con los fosforos, cocinol, gasolina o pólvora.

**HERIDAS O FRACTURAS:** No le deje al alcance objetos corto-punzantes. Evítele juegos en lugares peligrosos.

**AHOGAMIENTO:** No lo deje solo en la alberca, en pozo o quebradas.

Hágalo vacunar. Al cumplir el primer año de vida, debe tener completas todas las vacunas con todas sus dosis. De esta manera, el niño no sufrirá de enfermedades prevenibles.

Es peligrosa. Si su niño tiene diarrea dele suero oral, si no lo tiene, dele suero casero y acuda a la promotora o al Organismo de Salud.

## DEL NINO Y HERMANOS

- ☐ Peso al nacer menor a 2.500 Grs.
- ☐ Gemelo o nacimientos múltiples
- ☐ No lactancia natural o destete precoz
- ☐ Hermanos desnutridos
- ☐ Muerte de hermanos menores de 5 años
- ☐ 4 o más hermanos vivos
- ☐ Menos de 2 años de diferencia con hermano anterior

INADECUADO:

- ☐ Suministro de aguas
- ☐ Disposición de excretas
- ☐ Basuras
- ☐ Insectos y roedores

**SUERO ORAL:**

En un litro de agua hervida y fría mezcle todo el contenido de un sobre de suero oral. Dele al niño cada media hora, como mínimo 1 onza (4 cucharadas soperas) de suero oral o más, según el deseo del niño. Si no tiene sobres de suero oral dele:



## A blue line drawing of a bottle and five spoons. The bottle is on the left, and the spoons are arranged to its right.

En un litro de agua hervida y fría mezcle 4 cucharadas de azúcar y 1 cucharadita de sal. Ofrézcale al niño igual que el Suero Oral.



## CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL MENOR DE 5 AÑOS

## CARNET INFANTIL

NOMBRE: Notis D. Nieves  
FECHA DE NACIMIENTO: VI 21-98  
PESO AL NACER: \_\_\_\_\_  
TALLA AL NACER: \_\_\_\_\_  
MUNICIPIO: \_\_\_\_\_  
DISTRITO: \_\_\_\_\_  
HISTORIA CLINICA Nº \_\_\_\_\_  
ORGANISMO DE SALUD: \_\_\_\_\_

ACUDA AL ORGANISMO DE SALUD  
EN LAS FECHAS DE LAS CITAS  
PROGRAMADAS



## OBSERVACIONES

B.C.G.: Contra Tuberculosis

POLIO: Contra Poliomiелitis

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

TRIPLE VIRAL: Contra Sarampión, Rubéola y Paperas.

H.B.: Contra Hepatitis B

T.D.: Contra Tétano y Difteria

F.A.: Contra Fiebre Amarilla

H.I.B.: Contra Haemophilus B

PENTAVALENTE: contra Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis B y Meningitis

*"Señor padre de familia  
Este carnet se exigirá para matricular  
a su hijo en la escuela. Consérvelo"*

**TODO NIÑO DEBE TENER  
TODAS LAS VACUNAS  
AL CUMPLIR UN AÑO**

## GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA SECRETARÍA DE DESARROLLO DE LA SALUD

### REGISTRO INDIVIDUAL DE VACUNACION



Nombre: Doni Mercedes Calles  
Fecha de Nacimiento: 21 junio 1998.  
Municipio: Montaña  
Zona: Urbana ☒ Rural ☐  
Dirección: 24 # 2140  
Organismo: Veloria

**GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA**  
 Secretaría de Desarrollo de la Salud  
 Plan de Atención Básica PAB Departamental

TIPO DE BIOLÓGICO	D O S I S										OBSERVACIONES
	Dosis Adicional	4 <sup>a</sup> Dosis	2 <sup>a</sup>		3 <sup>a</sup>		REFUERZO		REFUERZO		
			FECHA		FECHA		FECHA		FECHA		
			CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	
B.C.G.		Junio 30/98									
POLIO	Agosto 21/98			Sept. 21/98		Sept. 28/98		Sept. 5/00		Sept. 29/03	
D.P.T.											
TRIPLE VIRAL			R20 T.V. Sept. 8/03								
HEPATITIS B.	Junio 30/98			Agosto 24/99							
T.D.											
FIEBRE AMARILLA		Agosto 21/98	→ Sept. 8-03								
HIB		Agosto 29/03									
PENTAVALENTE											



**MiVacuna**

Covid-19

[www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)



La salud  
es de todos

Minsalud

**MiVacuna**

Covid-19

### Certificado de vacunación

Nombres:

NOVIS Daniela

Apellidos:

Nieves Calle

Documento  
de identidad:

C.C. ✓ T.I.

Pasaporte

PEP

otro

cuál:

No. 4.233.342.235

Fecha de  
nacimiento:

Día 21

Mes

06

Año

1998

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	14-04-21	Pfizer	ER29449	Hun	ANDREA SAUDOUAL	4143159991
	2	05-05-21	Pfizer	ER29449	Hun	VICKY SAUCHEZ	1045712254