

Este carné es válido en Colombia.  
Será exigido para viajar a zonas de riesgo.

revisar el certificado Internacional de Vacunación  
y, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

**Libertad y Orden**

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

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: **Harold Santiago**

Apellidos: **Gordoba Coroloba**

Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. **1077473816**

Fecha de Nacimiento: Día **14** Mes **12** Año **1996**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión	Única			
Rubéola	Única			
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico	1	218 MAY 2018	708T	Fuelyns
Diftérico	2	228 JUN 2018	708T	Dibrajillo
(Td)	3	PROXIMA	28 Dic/2018	
	4			
	5			
A+B	1	26 MAY 2018	AHAB032AM	
Hepatitis B	2	28 JUN 2018	AHAB032AM	Dibrajillo
	3	28 NOV 2018	AHAB032AM	Dibrajillo

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Influenza	2	06 JUN 2019		
Anti rábica	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	26 MAY 2018	U1150AC	
Neumovax	23	26 MAY 2018	23ENE19	
Otras			23ENE20	

## CONSERVE ESTE CARNÉ

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 a las anteriores, consulte a la institución de salud más cercana."**

TRABAJANDO MÁS POR MEDELLÍN

## MINISTERIO DE SALUD

### CARNÉ DE VACUNACIÓN (SIS 153)

### SECRETARIA DE SALUD DE MEDELLÍN

NOMBRE DEL VACUNADO

FECHA DE NACIMIENTO: 

Día	Mes	Año
16	12	1996

INSTITUCIÓN: ESE. H. H. H.

MUNICIPIO: Enjorob

CARNÉ NÚMERO:

ZONA:		SECTOR:		ÁREA:	
-------	--	---------	--	-------	--

Su próxima cita es: \_\_\_\_\_  
(Con lápiz)

# ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	Dosis	FECHA DE VACUNA			Lote	Nombre del Vacunador	Refuerzos	Lote
		Día	Mes	Año				
B C G (Antituberculosis)	U	18	12	96				
Antipoliomielítica	R N	18	12	96			10-12/99	
	1°	18	1	97			12-04/01	
	2°	18	02	97				
	3°	18	03	97				
D.P.T (Difteria, Toserina, Tétanos)	1°	18	01	97			10-12/99	
	2°	18	02	97			12-4/01	
	3°	18	03	97				
Antihepatitis B.	1°	18	01	97				
	2°	18	02	97				
	3°	18	03	97				
Triple Viral (Sar. Pap. Rub)	2402	25	02	2004		Carmen		
Toxoide Tetánico (Tétanos)	1°							
	2°							
	3°							
Toxoide Difterico (Tétanos y Difteria)	1°							
	2°							
	3°							
Sarampión	U	20	07	97				
Antifebre Amarilla	U	25	02	2004		Carmen		
Meningo-BC (Meningococo)	1°							
	2°	10	01	98				
Hib (Hemofilius Influenza)	1°							
	2°							
	3°							
Rubeola	U							