



CARNÉ DE VACUNACIÓN (SIS 153)

CONSERVE ESTE CARNÉ
SE REQUIERE PARA UN BUEN
CONTROL DEL ESQUEMA DE
VACUNACION. 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 cuales fue vacunado.

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

NOMBRE DEL VACUNADO: Andrés Valencia

FECHA DE NACIMIENTO:

Día	Mes	Año
26	07	02

INSTITUCIÓN:

Metrosalud

MUNICIPIO:

CARNÉ NÚMERO 5994362 del

ZONA:	SECTOR:	AREA:

Su próxima cita es: 15 años
(con lápiz)

ESQUEMA DE VACUNACION									
VACUNA	Dosis	FECHA DE VACUNA			Lote	Nombre del Vacunador	Refuerzos	Lote	
		Día	Mes	Año					
B.C.G. (Antituberculosis)	U	13	JUL	2002					
Antipoliomielítica	R.N.	13	JUL	2002					
	1a	13	JUL	2002					
	2a	13	JUL	2002					
	3a	13	JUL	2002					
D.P.T.	U	12	02	03					
(Difteria, Toserina, Tétanos)	1a	12	02	03					
	2a	12	02	03					
	3a	12	02	03					
Antihepatitis B	1a	12	02	03					
	2a	12	02	03					
	3a	12	02	03					
Triple Viral (Sar. Pap. Rub.)	U	12	02	03					
Toxoides Tetánico (Tétanos)	1a	12	02	03					
	2a	12	02	03					
	3a	12	02	03					
Toxoides Diftérico (Tétanos y Difteria)	1a	12	02	03					
	2a	12	02	03					
	3a	12	02	03					
Sarampión	U	23	09	2006					
Antifiebre Amarilla	U	24	09	2006					
Meningo - BC	1a	24	09	2006					
(Meningococo)	2a	24	09	2006					
Hib	1a	24	09	2006					
(Hemofilius Influenza)	2a	24	09	2006					
	3a	24	09	2006					
Rubeola	U	24	09	2006					
		24	09	2006					

2/18 meses

0010-DPT

0010-01

0010-01

0010-01

0010-01

0010-01

0010-01

0010-01

0010-01

0010-01

0010-01

0010-01

0010-01

0010-01

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: **Licela VANESA**
Apellidos: **Valencia Florez**
Documento de identidad: C.C. ☐ T.I. ☒ Pasaporte No. **10001227656**
Fecha de Nacimiento: Día **26** Mes **07** Año **2002**

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: **Licela Vanesa**
Apellidos: **Valencia Florez**
Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuál:
No. **1-001-227-056**
Fecha de nacimiento: Día **26** Mes **07** Año **2002**

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
VPH				
Otras	1	29/01/21	101354	SANDRA L.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	15 09 21	Astrazeneca	Pw	Clinica	Yacqueline Gómez	CC 1.039.472.460
	2				Uso de Conquistadores	Auxiliar de Enfermería	