

COVID-19 Vaccination Record Card

Please keep this record card, which includes medical information about the vaccines you have received.

Por favor, guarde esta tarjeta de registro, que incluye información médica sobre las vacunas que ha recibido.

Last Name: **Alvarez** First Name: **Lucia** MI: **MI**
 Date of birth: **08/29/1996** Patient number (medical record or IIS record number):

Vaccine	Product Name/Manufacturer	Lot Number	Date	Healthcare Professional or Clinic Site
1 st Dose COVID-19	Pfizer/BioNTech	1 st	3/3/21 mm dd yy	DHR Health
2 nd Dose COVID-19	Lot: EN6203 Exp: 06/2021	2 nd	3/24/21 mm dd yy	
Other	Pfizer/BioNTech	3 rd	11/26/21 mm dd yy	DHR Health
Other	Lot: EN6207 Exp: 07/2021	4 th	05/02/22 mm dd yy	MODERNA

Reminder! Return for a second dose! ¡Recordatorio! ¡Regrese para la segunda dosis!

Vaccine	Date / Fecha
COVID-19 vaccine Vacuna contra el COVID-19	3/24/21 mm dd yy
Other Otra	02/05/22 mm dd yy

Bring this vaccination record to every vaccination or medical visit. Check with your health care provider to make sure you are not missing any doses of routinely recommended vaccines.

Lleve este registro de vacunación a cada cita médica o de vacunación. Consulte con su proveedor de atención médica para asegurarse de que no le falte ninguna dosis de las vacunas recomendadas.

For more information about COVID-19 and COVID-19 vaccine, visit [cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html).

Para obtener más información sobre el COVID-19 y la vacuna contra el COVID-19, visite [espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html](https://www.espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html).

You can report possible adverse reactions following COVID-19 vaccination to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) at vaers.hhs.gov.

Puede notificar las posibles reacciones adversas después de la vacunación contra el COVID-19 al Sistema de Notificación de Reacciones Adversas a las Vacunas (VAERS) en vaers.hhs.gov.

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN / VACCINATION CERTIFICATE



VACUNADO / VACCINATED

Nombres y apellidos / Full name

LUCIA DEL MILAGRO ALVAREZ CARPIO

Documento de Identidad / ID number

DNI: 70613525

Fecha de Nacimiento / Date of Birth

29/08/1996

Sexo / Sex

F

Nacionalidad / Nationality

PERU

Vacuna / Vaccine

Vacuna contra COVID-19

VACUNACIÓN REGULAR NACIONAL

Dosis / Dose	Fecha de Vacunación / Date of vaccination	Fabricante y lote de vacuna / Manufacturer and lot number	Lugar de Vacunación / Vaccination Place
3° DOSIS	26/11/2021	PFIZER (FJ8765)	LIMA NORTE - MISMO ESTABLECIMIENTO DE SALUD -
4° DOSIS	02/05/2022	ModernaTX (000339A)	LIMA NORTE - MISMO ESTABLECIMIENTO DE SALUD -
1ª DOSIS REFUERZO	01/02/2023	PFIZER (GJ5106)	LIMA CENTRO - 5. Videna - LIMA LIMA SAN LUIS

Certificado Emitido por / Certificate issued by: Ministerio de Salud del Perú

Fecha de Emisión / Date of issue: 19/07/2024, 12:15 pm

Copyright © 2022. Desarrollado por la Oficina General de Tecnologías de la Información del Ministerio de Salud | Todos los derechos reservados.