Las Vacunas protegen contra graves Enfermedades

B.C.G. | Tuberculosis

ANTIPOLIO | Poliomielitis

TRIPLE BACTERIANA { Difteria, Tosferina, Tétanos

TRIVALENTE VIRAL { Sarampión, Rubeola, Parotiditis

PENTAVALENTE { Difteria, Tosferina, Tétanos, Meningitis y Neumonías por Haemophilus Tipo b, Hepatitis B

Td { Tétanos, Difteria

ANTIHEPATITIS B { Hepatitis B

ANTIAMARILICA { Fiebre Amarilla

ANTIHAEMOPHILUS Influenzae Tipo b { Meningitis y Neumonías por Haemophilus Tipo b

ANTIROTAVIRUS { Diarreas graves por Rotavirus

ANTI-INFLUENZA { Influenza Estacional

PRESÉNTALA EN CADA CONSULTA

VACUNARSE ES UN GESTO DE AMOR

Gobierno Bolivariano de Venezuela | Ministerio de Salud

DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA Y ANÁLISIS ESTRATÉGICO
COORDINACIÓN NACIONAL DEL
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

TARJETA DE VACUNACIÓN

SELLO ORGANISMO EXPEDIDOR

N°

CONSERVA ESTA TARJETA PORQUE ES IMPORTANTE PARA TU HIJO AL INGRESAR A LA GUARDERIA O PREESCOLAR

EXPEDIDA EL DIA 12 Ene 2017

A: Gondys Silva Puente

CONSERVE ESTE DOCUMENTO EN BUEN ESTADO

Nombre del Vacunado (a) Gondys Silva Puente | Sexo F | Fecha de Nacimiento 14.06.89

Nombre de la Madre Yanetti Puente | Dirección S/Sta Rosa

FECHA DE VACUNACIONES

VACUNAS	1° Dosis		2° Dosis	3° Dosis	Refuerzo	Refuerzo	Refuerzo
B.C.G							
ANTIPOLIOMIELITICA		Regresar					
R.N / /		VACUNADO					
PENTAVALENTE		Regresar					
		VACUNADO					
ANTIHEPATITIS B	12.01.17	Regresar					
		VACUNADO	14.3.17	16.5.17			
TRIPLE BACTERIANA		Regresar					
		VACUNADO					
A. HAEMOPHILUS Influenzae tipo b.							
TRIVALENTE VIRAL	26.1.17						
		LOTE N°		LABORATORIO			
ANTIAMARILICA	26.1.17	H 5338					
TOXOIDE TETANICO	12.01.17	VACUNADO	16.02.17	18.5.17			
Td (adulto)		VACUNADO					
ANTIROTAVIRUS *		Regresar					
		VACUNADO					
ANTI-INFLUENZA	18.01.17	VACUNADO					
OTRAS							

* La primera dosis debe colocarse a los 2 meses de edad y la segunda a los 4 meses. Sin prorroga.

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: 110011908604

Fecha de generación del carné: viernes, 02 de agosto de 2019 11:19 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1235252354
Nombres y Apellidos	GAUDYS MAILIN SILVA PUENTES		
Fecha de nacimiento:	14/06/1990		

Neumococo	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis				
	Adicional				
	Adicional				
Td	Primera dosis	02/08/2019	Toxoide Tetánico y diftérico	221501517B	VIVA 1A IPS AMERICAS
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

2da Dosis 22-Sep-2019

Scanned by CamScanner

VACUNA		FECHA DE APLICACION	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
ANTIRÁBICA	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
	4 DOSIS					
VPH	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
INFLUENZA		02 AGO 2019	2560041C			

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Consulte su certificado de vacunación en
www.inmunosalud.com

NIT 900 174 965-3
CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 110011779801

NOMBRES: Gaudys Kailyn Silva

DOCUMENTO: 1235252554 TEL:

CHAPINERO Carrera 15 No. 51-14 Piso 2 Bogotá, D.C.

PBX 749 53 41

Cels.: 314 293 1612 - 312 416 1246

inmunosalud@outlook.com - www.inmunosalud.com

VACUNA		FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
ANTI HEPATITIS B	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
	REFUERZO					
VARICELA	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
HEPATITIS A + HEPATITIS B	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
DPTA	1 DOSIS					
NOMBRE		Gaudys Silva Puentes				

VACUNA		FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
	1 REFUERZO					
	2 REFUERZO					
TOXOIDE TETÁNICO	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
	REFUERZO					
HEPATITIS A	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
TRIPLE VIRAL	1 DOSIS	02 AGO 2019	AGSICE7C15A			

Scanned by CamScanner

CENTRO MEDICO Y QUIRURGICO
LOS ANDES

CONSULTORIOS MEDICOS LOS ANDES
PROFESIONALES INDEPENDIENTES

Dra. Viviana Consuelo Pérez

Universidad Colegio Mayor De Cundinamarca

BACTEROLOGA Res: 380040311

Paciente: Gaudys Mailyn Silva Puentes **Fecha de Recepción:** 09/08/2019.

Edad: 29 Años **Sexo:**F **Identificación** :1235252354

Medico: no asignado

1. Inmunología

	Resultado	Valores De referencias
1. Anticuerpos IgG Varicela	24.5 uU/L	Mayor DE 9 uU/L

Técnica: isoinmunoensayo

Viviana Consuelo Pérez
BACTERIOLOGA ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA
Y BANCO DE SANGRE
U.C.M.C - U.P.J
RED SALUD - LOS ANDES - MEDI ROSALES

Bacteriólogo

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: miércoles, 18 de noviembre de 2020 03:45 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1235252354
Nombres y Apellidos	GAUDYS MAILIN SILVA PUENTES		
Fecha de nacimiento:	14/06/1990		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
BCG	Única				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única	30/04/2020	GC FLU	V50220001	HOSPITAL EL TUNAL
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis	26/12/2019	Neumo 23	R023178	HOSPITAL DE USME I NIVEL E.S.E. UPA MARICHUELA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: miércoles, 18 de noviembre de 2020 03:45 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1235252354
Nombres y Apellidos	GAUDYS MAILIN SILVA PUENTES		
Fecha de nacimiento:	14/06/1990		

Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis				
	Adicional				
	Adicional				
Td	Primera dosis	02/08/2019	Toxoide Tetánico y diftérico	221501517B	VIVA 1A IPS AMERICAS
	Segunda dosis	26/12/2019	Toxoide Tetánico y diftérico	221501517B	HOSPITAL DE USME I NIVEL E.S.E. UPA MARICHUELA
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis	02/08/2019	Priorix	A69CE795A	IPS TANIA SALUD TEUSAQUILLO
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

VACUNA		FECHA DE APLICACION	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
ANTIRÁBICA	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
	4 DOSIS					
VPH	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
INFLUENZA		02 AGO 2019		256004CC	Inmunosalud	
Influenza		31-8-21	sanofi	U5077A00	31-07-22	Victoria Bonilla
Hepatitis	Rubeola	31-8-21	Serum	0028W215	31-05-22	Victoria Bonilla
Fiebre	Amarilla	31-8-21	Stamaril	A3010	31-10-21	Victoria Bonilla

Cód. de Prestador 11-00117738-012
Tania Salud Autorizada por Secretaría Distrital de Salud
Inmunosalud
CENTRO DE VACUNACIÓN S.A.S.

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Consulte su certificado de vacunación en:
www.inmunosalud.com

NIT 900.174.965-3
CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 110011779801

NOMBRES: Gaudys Mailyn Silva
DOCUMENTO: 1235252354 TEL:

CHAPINERO Carrera 15 No. 51-14 Piso 2 Bogotá, D.C.
PBX 749 53 41
Cels.: 314 293 1612 - 312 416 1246
inmunosalud@outlook.com - www.inmunosalud.com

Escaneado con CamScanner