

Nombre: Charon Lechitz
Nació el: 02 de 12 de 19 94
Hora: _____
Peso al nacer: 2700 Gms. Talla: 49 cms.
Grupo Sanguíneo: _____ Rh: _____
Clínica: Quim

FECHA	EDAD	PESO	TALLA	CIRCUNF. CEFALICA

CALENDARIO DE VACUNAS

AÑO: _____

EDAD

TIPO DE VACUNA

FECHA

0 a 1 mes	1° Hepatitis B	09.12.94
	1° BCG	31.03.95
1 a 2 meses	2° Hepatitis B	09.02.95
2 a 3 meses	1° Cuádruple	15.02.95
	1° Polio	15.02.95
4 a 5 meses	2° Cuádruple	11.05.95
	2° Polio	11.05.95
6 a 7 meses	3° Cuádruple	07.08.95
	3° Polio	07.08.95
8 a 9 meses	3° Hepatitis B	10.10.95
12 a 15 meses	1° Trivalente	20.11.96
	1° PPD	04.12.96
15 a 18 meses	Varicela (Lechisa)	24.12.96
	4° Cuádruple	14.07.97
	4° Polio	14.07.97
2 años	1° Hepatitis A	
	2° Hepatitis A	
	3° Hepatitis A	
	Antigripe Influenza (Anual)	
	Neumococo	05.05.98
	Meningococo	
4 años	Triple y Polio	
6 años	2° Trivalente	
11 - 14 años	Doble (Cada 10 años)	

		VACUNAS	FECHA	FIRMA
POLIO	1° Dosis			
	2° Dosis			
	3° Dosis			
	Refuerzo			
	Refuerzo			
D.T.	1° Dosis			
	2° Dosis			
	3° Dosis			
	Refuerzo			
	Refuerzo			
9 m	Sarampión			
TETANAL	Papera			
	Botulismo			
	Sarampión			
	Refuerzo			
	Refuerzo			
BIBIOLIS HIGIENIZACION	1° Dosis			
	2° Dosis			
	3° Dosis			
	Refuerzo			
	Refuerzo			
ANTI HISTAMINICO	1° Dosis	19 FEB 2015		
	2° Dosis			
	3° Dosis			
	Refuerzo			
	Refuerzo			

		VACUNAS	FECHA	FIRMA
T.D.	1° Dosis		19 FEB 2015	
	2° Dosis			
	Refuerzo			
	Refuerzo			
	Refuerzo			
TETANO	1° Dosis			
	2° Dosis			
	Refuerzo			
	Refuerzo			
	Refuerzo			
FIEBRE TIFOIDICA	1°			
	2°			
	3°			
	4°			
	5°			
FIEBRE TIFOIDICA	1°			
	2°			
	3°			
	4°			
	5°			
FIEBRE TIFOIDICA	1°			
	2°			
	3°			
	4°			
	5°			
FIEBRE TIFOIDICA	1°			
	2°			
	3°			
	4°			
	5°			

ESQUEMA ANTIRRABICO			
N° Dosis	N° DIA	FECHA	FIRMA
1°	0		
2°	3		
3°	7		
4°	14		
5°	28		
6°	0		
7°	7		
8°	28		
Refuerzo	1 año		
Refuerzo	3 años		
OTRAS	1° Dosis		
	2° Dosis		
	3° Dosis		
	Cervantes/Refuerzo		
	Serbo Antirrábico		
Serbo Antirrábico			
Anticuerpos Especiales			

Cruz Roja Colombiana

Seccional Coordinadora y Bogotá D.C.
S.A.M.U.

Teléfono: 746 0909 Ext. 400 y 405 Bogotá
www.cruzrojabogota.org.co



153169

CARNET DE VACUNACIÓN NACIONAL

NOMBRE Sharon Lechty W.
FECHA DE NACIMIENTO 19 FEB 2015 SEXO F
TELÉFONO 041720590

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 Lechtig First Name Sharon MI
12/02/1994 E60682575
Date of birth Patient number (medical record or IIS record number)

Vaccine	Product Name/Manufacturer	Date	Healthcare Professional or Clinic Site
	Lot Number		
1 st Dose COVID-19	<u>Pfizer</u> <u>EN 1194</u>	<u>02/19/21</u> mm dd yy	<u>Hospital Pablo VI BOSAI</u> <u>Nivel ESE-Grupo Extra-</u>
2 nd Dose COVID-19	<u>Pfizer</u> <u>EN 1195</u>	<u>03/12/21</u> mm dd yy	<u>Hospital Occidente</u> <u>De Kennedy III Nivel ESE</u>
Other	<u>J&J / Janssen</u> <u>213D21A</u>	<u>11/16/21</u> mm dd yy	<u>CVS Minute Clinic</u> <u>Solo</u>
Other		<u> </u> / <u> </u> / <u> </u> mm dd yy	