

Cruz Roja Colombiana

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

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



180381

CARNET DE VACUNACIÓN NACIONAL

NOMBRE Denny Camilo Flenda C.

FECHA DE NACIMIENTO 18-OCT 1996 SEXO F.

TELÉFONO 031167419.

Sv004

VACUNAS	FECHA	FIRMA
POLIO	1ª Dosis	
	2ª Dosis	
	3ª Dosis	
	Refuerzo	
	Refuerzo	
D.P.T.	1ª Dosis	
	2ª Dosis	
	3ª Dosis	
	Refuerzo	
	Refuerzo	
9 m	Sarampión	
TRIVIRAL	Paperas	
	Rubeola	
	Sarampión	
	Refuerzo	
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1ª Dosis	
	2ª Dosis	
	3ª Dosis	
	Refuerzo	
ANTI HEPATITIS "B"	1ª Dosis	
	2ª Dosis	
	3ª Dosis	
	Refuerzo	

VACUNAS	FECHA	FIRMA
T.D.	1ª Dosis	06 JUL 2016
	2ª Dosis	06 AGO. 2016
	Refuerzo	04 FEB 2017
TETANO	1ª Dosis	
	2ª Dosis	
	Refuerzo	
FIEBRE AMARILLA LOTE NO (Valida por 10 años)		
FIEBRE TIFOIDEA		
Neumococo Conjugado	1ª	
	2ª	
	3ª	
	4ª	
Neum. Polivalente	1ª	
	Refuerzo	
Hepatitis A	1ª	
	2ª	
Varicela	1ª	21 JUL 2016
	2ª	21 JUL 2016
Influenza (Gripe)	1ª	06 JUL 2016
	2ª	06 JUL 2016
	3ª	21 JUL 2016

VACUNACIÓN CALLE 145

FluQuadrin 0.5 ml
L: UI923AA
M: 11ENE18
E: 11ENE19
Lote:
Cad:

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE LA VACUNACIÓN O DE LA PROFILAXIS
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE

Certifica que:

Denny Camila Méndez

This is to certify that [name] / Nous certifions que [nom]

Fecha de Nacimiento Sexo Nacionalidad

18-10-96 F Colombiana

date of birth/ né(e) le Sex/ de sexe nationality/et de nationalité

Documento nacional de identificación

1031167419

national identification document/ document d'identification national

/ INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS /

Cuya firma aparece a continuación:

05 JUN 2020

whose signature follows / dont la signature suit

En la fecha indicada ha sido vacunado o recibido profilaxis contra

has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against:


a été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre:

Fiebre Amarilla

de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional

in accordance with the International Health Regulations

Conformément au Règlement sanitaire international

Vacuna o profilaxis /	Fecha	Firma y título del profesional que supervisa la aplicación
Vaccine or prophylaxis	Date	Signature and professional status of supervising clinician
<u>05 JUN 2020</u>		
 CRUZ ROJA COLOMBIANA VACUNACIÓN CALLE 145		

Fabricante y número de lote de la vacuna o profilaxis	Firma y título del profesional que supervisa la aplicación
Manufacturer and batch no. of vaccine or is	Signature and professional status of supervising clinician
<u>STAMARIL - 1000 01 / 0.9 ml</u> <u>26092018</u> <u>R3L02</u> <u>08-2021</u> <u>711889</u>	


Certificado válido	
Desde	Hasta
From	Until
Certificat valide	
À partir du :	Jusqu'à :
<u>05 JUN 2020</u>	<u>05 JUN 2020</u>
<u>CRUZ ROJA COLOMBIANA</u> <u>Seccional Cundinamarca y Bogotá</u> <u>FIEBRE AMARILLA</u> <u>DOSIS UNICA</u> <u>Servicio de Vacunación</u>	

4

5

OTRAS VACUNACIONES

OTHER VACCINATIONS / AUTRES VACCINATIONS

Nombre de la enfermedad	Fecha	Fecha de la próxima dosis (fecha):	Fabricante y número de lote de la vacuna	Firma y título del profesional que supervisa la aplicación
Disease targeted	Date	Next booster (date):	Manufacturer, brand name and batch no. of vaccine	Signature and professional status of supervising clinician
Maladie visée	Date	Prochain rappel (date):	Fabricant du vaccin, marque et numéro du lot	Signature et titre du clinicien responsable
<u>Influenza</u>	<u>05 JUN 2020</u>		 CRUZ ROJA COLOMBIANA VACUNACIÓN CALLE 145	<u>UJ381AD</u> <u>02FEB20</u> <u>02FEB21</u>

6

7

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.