

Nombre y Apellido del Vacunado (a)		Sexo		Fecha de Nacimiento			
José M. Amorio		M		11-06-85			
Nombre y Apellido de la Madre		Dirección					
		U.L. Chusumone calle #2 los Pinos					
FECHA DE VACUNACIONES							
VACUNAS	1° Dosis		2° Dosis	3° Dosis	Refuerzo	Refuerzo	Refuerzo
B.C.G.							
ANTIPOLIOMIELITICA		Regresar					
R.N. / /		VACUNADO					
PENTAVALENTE		Regresar					
		VACUNADO					
ANTIROTAVIRUS		Regresar					
		VACUNADO					
ANTIHEPATITIS B	27/02/12	Regresar	27.03.12	27/08/12	30.08.13		
R.N. / /		VACUNADO					
TRIPLE		Regresar					
BACTERIANA		VACUNADO					
TRIVALENTE VIRAL							
ANTIAMARÍLICA		LOTE # LABORATORIO			LOTE # LABORATORIO		
DOBLE VIRAL		LOTE # LABORATORIO			LOTE # LABORATORIO		
ANTIHAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO b							
ANTIMENINGOCOCCICA B-C	27.01.12	Regresar	18.03.13				
		VACUNADO					
TOXOIDE TETANICO		VACUNADO					
TOXOIDE DIFTERICO (adulto)	27.01.12	VACUNADO					
ANTI-INFLUENZA	27.03.12	VACUNADO	18.03.13	21.02.14	24/04/15		
OTRAS							

**"VACUNARSE ES UN GESTO DE AMOR"**

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE
B.C.G.	Tuberculosis
ANTIPOLIO	Poliomielitis
PENTAVALENTE	Difteria Tétanos Tosferina Meningitis y Neumonías por Haemophilus Inf. Tipo b Hepatitis B
ANTIROTAVIRUS	Diarreas graves por Rotavirus
ANTIHEPATITIS B	Hepatitis B
TRIPLE BACTERIANA	Difteria Tosferina Tétanos
TRIVALENTE VIRAL	Sarampión Rubéola Parotiditis
ANTIAMARILICA	Fiebre amarilla
ANTI HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO b	Meningitis y Neumonías por Haemophilus Influenzae Tipo b
ANTIMENINGOCOCCICA B-C	Meningitis/Meningocócica
TOXOIDE DIFTERICO	Difteria Tétanos
TOXOIDE TETÁNICO	Tétanos
ANTI-INFLUENZA	Influenza Estacional

*Las Vacunas protegen contra graves enfermedades... construyendo nuestra Salud Colectiva*



Centro de Vacunación Código

Nro. De Registro

EXPEDIDA EL DIA 27.01.12

A. José M. Amorio

C.I. 27.045.879

SELLO ORGANISMO EXPEDIDOR



Nombre **AMARIO DE SOUZA JOSE MANUEL**  
 Identificación CE 643128 Tel. 3209090728  
 Edad 36 Años 4 Meses 30 Dias Sexo M  
 Médico MEDICOS VARIOS  
 No. Ordenamiento

Fecha de recepción: 10-Nov-2021 10:13 am  
 Fecha de impresión: 10-Nov-2021 9:21 pm  
 Empresa SEDE SUBA  
 Sede SEDE SUBA COLCAN  
 Fecha Validación 10-Nov-2021 8:26:00p.m.

Final

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

**HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE**  
**Metodo: Quimioluminiscencia**

**MAYOR DE 1000.00** mUI/mL

V. de Referencia:

No Reactivo: Menor de 9.0 mUI/ml  
 Indeterminado: De 9.0 a 11.0 mUI/ml  
 Reactivo: Mayor de 11.0 mUI/ml



PATRICIA MILENA ATIS BENAVIDES  
 CC 37'121.181  
 BACTERIOLOGA

**VARICELA-HERPES ZOSTER VIRUS: Ac. Ig G**  
**Metodo: Quimioluminiscencia**

**2334** mUI/ml

V. de Referencia:

Negativo: Menor de 50 mUI/ml  
 Indeterminado: De 50 a 100 mUI/ml  
 Positivo: Mayor de 100 mUI/ml



ALEJANDRA BASTIDAS LEYTON  
 CC 1087026457  
 BACTERIOLOGA



SANDRA MARCELA GARCES SUAREZ  
 C.C. 51969269  
 BACTERIOLOGA