

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



193564

CARNET DE VACUNACIÓN NACIONAL

NOMBRE: Laura Yazmin. RIVERA

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: F.

TELÉFONO: _____

Sv004

ESQUEMA ANTIRRÁBICO			
No. DOSIS	No. DÍA	FECHA	FIRMA
POST-EXPOSICIÓN	1a.	0	
	2a.	3	
	3a.	7	
	4a.	14	
	5a.	28	
PRE-EXPOSICIÓN	1a.	0	
	2a.	7	
	3a.	28	
Refuerzo	1 año		
	3 años		
OTRAS	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Gamma globulina		
	Suero Antiofídico		
Anotaciones Especiales			

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	02 ENE 2017	
	2a. Dosis	03 FEB 2017	
	3a. Dosis	03 MAR 2017	
	Refuerzo		

VACUNAS		FECHA	FIRMA
T.D.	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	Refuerzo		
TETANO	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	Refuerzo		
FIEBRE AMARILLA LOTE No. _____ (Válida por 10 Años)			
FIEBRE TIFOIDEA			
NEUMOCOCCO CONJUGADO	1a		
	2a		
	3a		
	4a		
VUMI PNEUMOCOCCO	1a		
	Refuerzo		
HEPATITIS "A"	1a		
	2a		
VARICELA	1a		
	2a		
INFLUENZA (GRUPE)	1a		
	2a		
	3a		

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación
o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: *Loona*

Apellidos: *Rivera*

Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. *52152422*

Fecha de Nacimiento: Día. *11* Mes. *07* Año. *1974*

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	01.11.2018.		
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1	01.02.10		
	2	20.02.20	2115015131	
	3	NOV 05/2020	23381024	
	4	22 02 23	233102413	
	5	22 02.24		
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	NOV 5/2020	60FLU	
Otras				