

ESQUEMA ANTIRRABICO

Nº DOSIS	Nº DÍA	FECHA	FIRMA
1ª	0		
2ª	3		
3ª	7		
4ª	14		
5ª	28		
1ª	0		
2ª	7		
3ª	28		
Refuerzo	1 año		
Refuerzo	3 años		

OTRAS	
Prueba de Tuberculina	1ª Dosis
	2ª Dosis
	3ª Dosis
Gamaglobulina	
Suero Antiefidico	
Suero Antirrábico	
Anotaciones Especiales	

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



157440

CARNET DE VACUNACIÓN NACIONAL

NOMBRE BETTY MARIA LOPEZ

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO _____

TELÉFONO 966 66 66

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	Papera		
	Rubéola		
	Sarampión		
	Refuerzo		
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
ANTI HEPATITIS B	1ª Dosis	02 MAR 2015	
	2ª Dosis	17 APR 2015	
	3ª Dosis	15 MAY 2015	
	Refuerzo	10-03-19	

VACUNAS		FECHA	FIRMA
T.D.	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	Refuerzo		
TETANO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	Refuerzo		
FIEBRE AMARILLA			
FIEBRE TIFOIDEA			
Neumococo Conjugado	1ª		
	2ª		
	3ª		
	4ª		
Varicela	1ª		
	Refuerzo		
Hepatitis A	1ª		
	2ª		
Hepatitis B	1ª		
	2ª		
Hepatitis C	1ª		
	2ª		

Cra. 24 No. 84 37 - Tel. 756 0686