MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Emma.

Apellidos: flores. TORO

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 52.245.432.

Fecha de nacimiento: Día 26 Mes 12. Año 1972

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	28 SEP 2021	SINOVAC	C-652-21 100	FORJA Contigo Siempre! NIT 900.162.688-6	Jineth Daniela Vargas Ramírez CC. 1016041560 Aux. Enfermería	
	2	26 OCT 2021	sinovac	20210608	Cuidarte Tu Salud Hoy	Jenny P. Archila C.C. 1.012.429.579 ENFERMERA TÉCNICA	

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

Conservelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Emma

Apellidos: Flores Toro

Documento de identidad: C.C. X T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. 52245432

Fecha de Nacimiento: Día 26 Mes 12 Año 1971

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	14-12-17	P223001-8	Sanofi
	2	14-01-2018		
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	(U)	14-12-17	P3b76'1-8	Sanofi
Virus de Papiloma Humano				

Nombre: _____ **Registro Civil:** _____

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐										
	Tuberculosis B.C.G.	Única										
	Hepatitis B	Recién nacido										
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐										
	Polio (Oral - IM)	1ª										
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª										
	Rotavirus	1ª										
	Neumococo	1ª										
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐										
	Polio (Oral - IM)	2ª										
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª										
	Rotavirus	2ª										
	Neumococo	2ª										
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.											
	Polio (Oral - IM)	3ª										
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª										
	Influenza	1ª	Vacuna	29	7-20	Bcf/u	VSU22005	3-21	Cafam	Andrea Camacho		
7 Meses	Influenza	2ª	27	7	19	GreenCross	V 502 19005	16-03	20	Sin y tozcano		
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª										
	Fiebre Amarilla	1ª										
	Neumococo	Refuerzo										
	Influenza	Anual	27	11	21	Sanofi	V3613	Sanitas			Frances C.	
	Hepatitis A	ÚNICA										
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª Refuerzo										
	Polio (Oral - IM)	1ª Refuerzo										
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo										
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo										
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo										
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª										
	VPH	2ª										
	VPH	3ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

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.