



Higuera Escalante

Damos Resultados

NIT. 800.039.986-8

## ORDEN DE SERVICIO: 0100883199

PACIENTE: **ARIAS ORTIZ, ANDRES FELIPE**

SEXO: **MASCULINO**

FECHA DE NACIMIENTO: **22/10/1995**

IDENTIFICACION: **CC 1018479965**

TELÉFONO: **302 254 1607**

MEDICO: **MEDICO GENERAL**

CLIENTE: **SENA**

CUENTA: **SENA DIRECCION REGIONAL SANTANDER**



SC 2109-1

SA 357-1

OS 105-1

Fecha y hora de atención

19/12/2017 10:41:06 am

Fecha y hora de resultado

20/12/2017 11:54:14 am

Lugar de Entrega:

CONSULTA EXTERNA FISCAL

Página 1 de 1

## INMUNOLOGIA

### HEPATITIS B, ANTICUERPO CONTRA EL ANTIGENO DE SUPERFICIE

Técnica: Ensayo Enzimático Ligado a Fluorescencia (ELFA)

Fecha y hora de resultados  
20/12/2017 11:54:14 AM

Resultado 65 mIU/ml

#### Valores Normales

Negativo: menor de 8 mIU/ml. Posee inadecuada respuesta inmunológica a la vacuna.

Positivo: mayor de 12 mIU/ml. Posee adecuados niveles de anticuerpos séricos.

Indeterminado: 8-12 mIU/ml.

Solo los títulos superiores a 100 mIU/ml permiten afirmar que la respuesta inmunitaria podrá asegurar la protección a largo plazo de los adultos inmunocompetentes.

Mayra Alejandra Coronado Villamizar  
Bacterióloga RT: 1.098.750.276



**Nombre: ARIAS ORTIZ, ANDRES FELIPE**

**Número: 736386**

**Pág.: 1**

Historia Clínica: 1018479965

No. Cédula: 1018479965

Servicio: LABORATORIO CLINICO CENTRAL

Procedencia: 5588- EMPLEADOS- PROFESORES-ESTUDIANTES PONTI.

UNV. JAVERIA

Comentario:

Fecha de Ingreso: 16/07/2020 10:22:40 a. m.

Fecha de Impresion: 23/07/2020 12:49:04

Médico: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO

Cama :

Edad: 24 AÑOS

# Externo:

Genero: M

NOMBRE ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	R.REFERENCIA/P.CORTE
<b>INMUNOLOGIA</b>			

**VARICELA ZOSTER IG G**

VARICELA ZOSTER IG G

2.68

Valor de referencia:

No Reactivo : Menor a 0.9

Zona Gris : de 0.9 a 1.09

Reactivo : Mayor a 1.10

*Martha Fuentes C.*

DRA. MARTHA CECILIA FUENTES C.  
REGISTRO: 40.031.008  
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO

23 jul. 2020 12:38

**INFORMACION IMPORTANTE**

**Apreciado Usuario:** La interpretación de estos resultados debe ser realizada por su médico tratante, quien definirá la conducta a seguir.

## ORDEN DE SERVICIO: 0100883199

PACIENTE:	<b>ARIAS ORTIZ, ANDRES FELIPE</b>		
SEXO:	<b>MASCULINO</b>	FECHA DE NACIMIENTO:	<b>22/10/1995</b>
IDENTIFICACION	<b>CC 1018479965</b>	TELEFONO:	<b>302 254 1607</b>
MEDICO:	<b>MEDICO GENERAL</b>		
CLIENTE:	<b>SENA</b>		
CUENTA:	<b>SENA DIRECCION REGIONAL SANTANDER</b>		



Fecha y hora de atención  
19/12/2017 10:41:06 am

Fecha y hora de resultado  
20/12/2017 11:54:14 am

Lugar de Entrega:  
**CONSULTA EXTERNA FOSCAL**

Pagina 1 de 1

## INMUNOLOGIA

### HEPATITIS B, ANTICUERPO CONTRA EL ANTIGENO DE SUPERFICIE

Técnica: Ensayo Enzimático Ligado a Fluorescencia (ELFA)

Fecha y hora de resultados  
20/12/2017 11:54:14AM

Resultado 65 mIU/ml

#### Valores Normales

Negativo: menor de 8 mIU/ml. Posee inadecuada respuesta inmunologica a la vacuna.

Positivo: mayor de 12 mIU/ml. Posee adecuados niveles de anticuerpos sericos.

Indeterminado: 8-12 mIU/ml.

Solo los títulos superiores a 100 mIU/ml permiten afirmar que la respuesta inmunitaria podrá asegurar la protección a largo plazo de los adultos inmunocompetentes.



**Mayra Alejandra Coronado Villamizar**  
Bacterióloga RT: 1.098.750.276

Biológico		Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B		1			
		2			
		3			
Antirrábica		1			
		2			
		3			
		4			
Influenza estacional		Anual	29/07/20	UBB98	encortallone
Otras					



La salud  
es de todos

Minsalud

## Certificado de vacunación del adulto

Nombres:

Indies Felipe

Apellidos:

Arias

Documento  
de identidad:

C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐

No. 1018479965

Fecha de  
nacimiento:

Día 22

Mes 10

Año 1998



VACUNAS APLICADAS			
Fecha	Vacuna	Dosis	Observaciones
26/ XII 1995	B.C.G.		
	PRUEBA DE TUBERCULINA		
10 ENE 1996	D.P.T.		
14 FEB 1996	D.P.T.		
28 MAY 1996	D.P.T.	8:00 AM	
10 ENE 1998	POLIO ORAL	2:00 PM	
14 FEB 1998	POLIO ORAL	04:1	
08 MAY 1998	POLIO ORAL		
28 OCT 1995	SARAMPION		
	VIRUELA		
Firma y Sello			

SEÑORA:

Sea puntual con las citas de su niño.

Cumpla con las recomendaciones de su médico y hágalo vacunar oportunamente.

Cuando su niño esté enfermo asista con él, a la misma hora y en el mismo Consultorio donde tiene sus citas de control.

En caso de urgencia puede asistir a cualquier hora.

Domingos, feriados y los días ordinarios, después de las 6 p.m. lleve su niño a la clínica Comuneros Cra. 27 No. 30-23 Tel. 343536

Conserve esta tarjeta en buen estado que le será de utilidad más tarde.



### TARJETA DE CITAS DE PEDIATRIA

NOMBRE La Madre

CARNE 963.270.350

NOMBRE DEL NIÑO ANDRES FELIPE  
ORTIZ

FECHA DE NACIMIENTO Oct. 22-95

DISPENSARIO \_\_\_\_\_

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	14/30/12		DRHS
Toxoiide Tetánico Difterico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

  

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

¡TODOS LOS DÍAS SON  
DÍAS DE VACUNACIÓN!



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

## Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Andrés Felipe

Apellidos:

Añón

Documento  
de identidad:

C.C.

T.I.

Pasaporte

No.

Fecha de  
Nacimiento:

Día.

Mes.

Año.



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA  
SERVICIO DE SALUD DE SANTANDER

CARNE DE VACUNACION

Nombre Andrés Felipe Fecha de nacim. 22 oct/95  
 Direccion Avia's Barrio Telefono \_\_\_\_\_  
 Institucion Hospital Florencia

BIOLÓGICO	DOSIS		2º	3º	ADICIONAL
	1º	Única Dosis			
D. P. T.					<input checked="" type="checkbox"/>
Polio					
T. T. H B	<u>Dic. 26/95</u>	<u>29.01.96</u>	<u>14.05.96</u>		<input checked="" type="checkbox"/> R3
Saramplon					
B. C. G.	<u>Dic. 26/95</u>				
Fiebre Amarilla					

Nombre Vac \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS  
FLORIDABLANCA

**CARNE DE VACUNACION**

Nombre Andrés F. Arias Fecha de nac. \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Institución Hospital Floridablanca

Biológico	Dosis			
	1a. O Unica Dosis	2a. Dosis	3a. Dosis	Adicional
Hepatitis B				
D. P. T.				
Polio				
Haemophylus influenzae				
<u>MM. R. M. m</u>	<u>U11-24-02</u>			
B. C. G.				
Fiebre Amarilla				

Nombre Vac. Anal  
 Firma Anal

# PROGRAMA DE INMUNIZACIONES

## Registro de Vacunación

	1a.	DOSIS			
		2a.		3a.	
		FECHAS		FECHAS	
		Cita	Vac.	Cita	Vac.
B.C.G.	26	1	XII	195	
D.P.T.					
POLIO					
SARAR FION	28	OCT	1996		
Ref 005					
FIEBRE AMARILLA					
Hepatitis B OTRA	26	12	95	29	01
				14	05

Refuerzos al ingreso a Escuela

BCG

FECHA

OTRA

FECHA

Al Cumplir el 1er. AÑO de vida el NIÑO debe  
haber recibido todas las VACUNAS



Seccional  
Santander

## PROGRAMAS DE PROTECCION INFANTIL

### CARNE - INFANTIL

ANDRES FELIPE

NOMBRE DAVIS ORTIZ

No. AFILIACION 963. 270. 350

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

MUNICIPIO \_\_\_\_\_

CAB BUCARICA

E.C.M. \_\_\_\_\_

PESO AL NACER \_\_\_\_\_

TALLA AL NACER \_\_\_\_\_