

**PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO
IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA**

Al momento de nacer Fecha:

PRIMER CONTROL MÉDICO

Durante el primer mes de vida Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia AIEPI.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

Valor reportado TSH:

Fecha verificación:

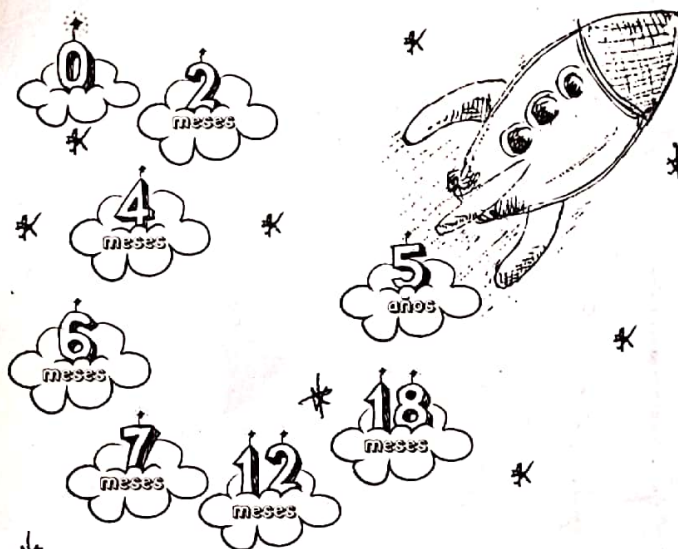
Profesional que verificó:

Exíjalo

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

**Edad de aplicación de las vacunas
a los niños y niñas menores de 6 años**



- * Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- * En Colombia todos los días son días de vacunación.
- * Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**Vacunas al día,
se la ponemos fácil**

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Oscar Juan Cortellano S

Fecha de nacimiento: _____

Nº de certificado de nacido vivo: _____

Registro civil: CC 103553693

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: _____

Peso al nacer: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Responsable: _____

Municipio de residencia: _____

Departamento: _____

Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas



**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Nombre: _____

Registro Civil: _____

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación			Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita			Nombre del Vacunador
			Día	Mes	Año				Día	Mes	Año	
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva Tuberculosis B.C.G. Hepatitis B	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Única Recién nacido										
2 Meses	Lactancia materna exclusiva Polio (Oral - IM) PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) Rotavirus Neumococo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 1ª 1ª 1ª 1ª	TRIPLE VIRAL 06 MAR 2020			PROTEIN ASOCIADOS 21/10/2020	E.O.R. VACUNACIÓN				Alexa Montaña Auxiliar de Enfermería	
4 Meses	Lactancia materna exclusiva Polio (Oral - IM) PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) Rotavirus Neumococo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2ª 2ª 2ª 2ª	VARICELA 06 MAR 2020			VARIVAX 5026876 30/08/2021	E.O.R. VACUNACIÓN				Alexa Montaña Auxiliar de Enfermería	
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva. Polio (Oral - IM) PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	 3ª 3ª										
7 Meses	Influenza Influenza	2ª 2ª	23-11-20			6CF10-V50220015	SRW				Paola Suarez.	
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP) Fiebre Amarilla Neumococo Influenza Hepatitis A	1ª 1ª Refuerzo Anual ÚNICA										
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) Polio (Oral - IM) Polio (Oral - IM)	1º Refuerzo 1º Refuerzo 2º Refuerzo										
5 Años	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	2º Refuerzo Refuerzo										
Niñas 9 Años o más	Tuberculosis Hepatitis B	1ª 2ª 3ª	02/03/2015 09/05/2017 23 NOV. 2018			K7200-5 60BT 220001719	cal subsidio BY subsidio compensari				Yari Viviana Castiblanco B	
Vacunas complementarias y otras dosis		1ª 2ª 3ª Ref	25/10/2016 09/05/2017			14392101 14392805	Prisonero Hernandez BY subsidio					

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.

www.fysvacunaciones.com

Calle 50 No. 8 - 24, Cons. 204, o llamar al 755 93 41
300 307 29 65 - 311 229 48 02

En caso de pérdida por favor devolverla a:

ORS Vacunaciones

Vacuna	Dosis	Fecha aplicación	Lote Número	Firma y/o Sello

CARNÉ O CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Nombre y Apellido del paciente:

Oscar Ivan Castellanos


Identificación:

1013583639

Edad:

Celular:

ORS Vacunaciones

	La salud es de todos	Minsalud
--	----------------------	----------

Certificado de vacunación del adulto

Nombres:

Oscar Ivan

Apellidos:


Castellanos

Documento de identidad:

C.C. X T.I. Pasaporte No. **1013583639**

Fecha de nacimiento:

Día **26** Mes **07** Año **1986**

	La salud es de todos	Minsalud
---	----------------------	----------

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres:

Oscar Ivan

Apellidos:

Castellanos

Documento de identidad:

C.C. / T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. **#1013583639**

Fecha de nacimiento:

Día **26** Mes **07** Año **1986**

Vacuna	Dosis	Fecha aplicación	Lote Número	Firma y/o Sello
Hepatitis B	1	09 MAYO 2017	143403800	ARS vacunaciones
	2	9 Jun 17		
	3			
	Rfzo			
Tetanos	1	09 MAYO 2017	608T.	ARS vacunaciones
	2	9 Jun 17		
	3			
	4			
Hepatitis A+B	1			
	2			
	3			
	5			
Influenza	1			
Neumococo	1			
Varicela	1			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diférico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	24- sept 21	VSBes	Gr-21 VSBes Anm. P. 22
Influenza	Anual	2-6-23	2300492	24 Fanel P.
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	07-04 2021	Pfizer	ERPA2 06-21	UMI He/ FUNO1	Jaidy Bolívarquez	102446936
	2	13-10 2021	Pfizer	FA8021 3/22	Subred Sur.	Adriana Gómez G Aux. Enfermera C.C. 52290285	
		20 ABR 2022	Janssen	2026 21A 08/23	Subred Sur	Sofia Pardo C.C. 6111701	

A - do de 21 Oct 22 Montaña 066B22-2A Sub Red Sur Occidente Robinson P-25 10144357