

VACUNA	Dosis	ESQUEMA DE VACUNACION			Lote	Nombre del Vacunador	Refuerzos	Lote
		Día	Mes	Año				
B.C.G. (Antituberculosis)	U	0	SEP	1998				
Antipoliomielítica	R.N	31	JUL	1998	394	Ca. los		
	1ª	20	10	99				
	2ª	21	12	99		NCA	14.11.01/27 01 01	
	3ª	22	2	00			28-08-04	
D.P.T (Difteria, Tosferina, Tétanos)	1ª	20	10	99				
	2ª	21	12	99		NCA	28-08-04	23 01 01
	3ª	22	2	00				
Antihepatitis B.	1ª	31	JUL	1998				
	2ª	20	10	99				
	3ª	22	2	2000		NCA		
Triple Viral (Sar.Pap.Rub.)	U	22	07	00				
Toxoide Tetanico (Tétanos)	1ª					Rosendo	28-08-04	
	2ª					VANDELIA		091003
	3ª					anilgera		0910
Toxoide Difterico (Tétanos y Difteria)	1ª					Hepatitis A		-0910
	2ª							
	3ª							
Sarampion	U	20	10	00		JUNIO 1 / 2002		
Antifebre Amarilla	U					Antigripal	26-10-04	
Meningo-BC (Meningococo)	1ª							
	2ª					HA ①	27-05-03	
H1b (Hemofilus Influenza)	1ª	22	2	2000		②	20-11-03	
	2ª	25	4	2000				
	3ª	24	6	2000		Unicef	27-05-03	
Rubeola	U							
Hepatitis A =)								

56104-91

CONSERVE ESTE CARNÉ

SE REQUIERE PARA UN BUEN
CONTROL DEL ESQUEMA DE
VACUNACIÓN PRESENTELO SIEMPRE
QUE ASISTA A UN SERVICIO DE
SALUD.

Todo niño vacunado está protegido
contra enfermedades graves.

Después de la vacunación, el niño puede
presentar reacciones como fiebre, dolor
y brote. **Estas reacciones son
normales** y significan que el niño está
produciendo defensas contra las
enfermedades para las que fue
vacunado.

"En caso de presentarse una reacción
distinta a las anteriores, consulte a la
institución de salud más cercana."

50005
MINISTERIO DE SALUD 356

CARNÉ DE VACUNACIÓN (SIS 153)

Madre Nelly Rojas
Diana Bermudez R. R.

NOMBRE DEL VACUNADO

HC 18531664

Tel. 5617006

FECHA DE NACIMIENTO:

Día Mes Año

21 07 99

INSTITUCION:

CLINICA INTER-CAROLINA

MUNICIPIO:

126
KIONITO NIO

CARNÉ NÚMERO:

910346641

ZONA:

SECTOR:

AREA:

Su próxima cita es:

(con lápiz)

Certificado de Vacunación

Suplimed

Institución:

Nombre:

Diana Carolina Benmudez

Identificación:

10369166194

Tel:

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
HB	1ra	21-06-2018	1434033	Ana V
HB	2da	21-07-2018	1434033	Ana
		21-01-2019		

Cortesía de Sanofi Pasteur

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Diana Carolina

Apellidos:

Bermudez Rojas

Documento
de Identidad:

C.C. ☐ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. ☐

Fecha de
Nacimiento:

Día. Mes. Año.

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Diana Carolina

Apellidos:

Bermudez Rojas

Documento
de identidad:

C.C.

T.I.

Pasaporte

No.

Fecha de
Nacimiento:

Día.

Mes.

Año.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	21-272	012N10 15	Georgy
Toxoide Tetánico Diftérico 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				