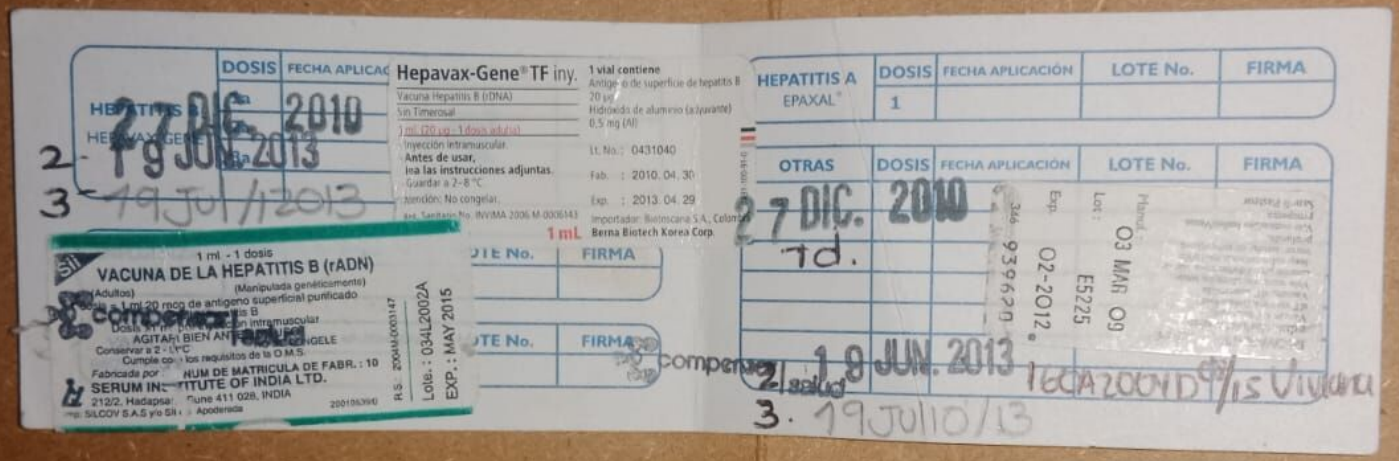


HEPATITIS	DOSIS	FECHA APLICAC
HEPAVAX-GENE	1ra	27 DIC 2010
	2da	19 JUN 2013
	3ra	19 Jul 2013

Hepavax-Gene® TF iny.
Vacuna Hepatitis B (rDNA)
Sin Timerosal
1 ml (20 µg - 1 dosis adulto)
Inyección intramuscular.
Antes de usar, lea las instrucciones adjuntas.
Guardar a 2–8 °C.
Atención: No congelar.
Reg. Sanitario No. INVIMA 2006 M-0006143
1 mL

1 vial contiene
Antígeno de superficie de hepatitis B 20 µg
Hidróxido de aluminio (adyuvante) 0.5 mg (Al)

Lt. No.: 0431040
Fab. : 2010. 04. 30
Exp. : 2013. 04. 29
Importador: Bioinsumos S.A., Colombia
Berna Biotech Korea Corp.

1 ml - 1 dosis
VACUNA DE LA HEPATITIS B (rADN)
(Manipulada genéticamente)
(Adultos)
1 ml 20 mcg de antígeno superficial purificado
Dosis única
AGITAR BIEN ANTES DE USE
Conservar a 2 - 8°C
Cumple con los requisitos de la O.M.S.
Fabricada por
SERUM INSTITUTE OF INDIA LTD.
212/2, Hadapsar, Pune 411 028, INDIA
Importado por SILCOV S.A.S y/o SII
Apoderado
R.S. 2004M-0003147
Lote: 034L2002A
EXP.: MAY 2015

	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
HEPATITIS A EPAXAL®	1			

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
		27 DIC. 2010		
		Td.		
		18 JUN. 2013		

Mfrd. 03 MAR 09
Exp. 02-2012
Lot: E5225
346 939620

1. compensar
2. salud
3. 19 JUN 10/13

FECHA 2001 D 9/15 Viviana

Cortesía de

BIOTOSCANA S.A.

Soluciones Innovadoras de Significativo Avance Terapéutico

Su Ángel Protector en Salud

11050884

CARNET DE VACUNACIÓN



Nombre	JORGE ELIECER CHAVES.
Dirección	CLINICA INFANTIL
Teléfono	Colsubsidio
H.C.	SERVICIO VACUNACION
Entidad Vacunadora	

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1 DOSIS	1434026	30 DIC. 2016	Inmunosalud
	2 DOSIS		30 ene 2017	
	3 DOSIS			
	4 DOSIS			
HEPATITIS A	1 DOSIS			
	2 DOSIS			

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS A + HEPATITIS B	1 DOSIS			
	2 DOSIS			
	3 DOSIS			

NOMBRE: Jorge Eliecer Chaves

¡Vacúnate!

Es protección para tu salud y requisito para tu práctica laboral.

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
T. TETANICO DIFTERICO	1 DOSIS			
	2 DOSIS			
	3 DOSIS			
	4 DOSIS			
	refuerzo			
TRIPLE VIRAL	1 DOSIS			
	2 DOSIS			


Inmunosalud
211 9289
Cel.: 310 237 1397
SEDE PRINCIPAL
Cra. 15 No. 51-14 Piso 2
Bogotá, D.C.
SEDE RESTREPO
Cra. 17 No. 15-46 Sur Local 305
inmunosalud@outlook.com
www.inmunosalud.com
CERTIFICADO DE VACUNACIÓN
VIGILADO Supersalud
Consulte su certificado de vacunación en:
www.inmunosalud.com
Jorge Eliecer Chaves D
79446439
TELÉFONO
VACUNA
REFUERZO
LOTE
FECHA APLICACIÓN
FIRMA VACUNADOR
INFLUENZA
VARICELA
NEUMOCOCO
1ra DOSIS
1ra DOSIS
1ra DOSIS

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Fiebre amarilla	Única	27 Dic 2010		
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1 TD	25 FEB 2019	AT038D1B	Ximena
	2	25 Agosto /19		
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	25 FEB 2019	AHBVC664AI	Ximena
	2	25 Marzo /19		
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual			
Otras				

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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA , YO ME VACUNO.

GOBIERNO DE COLOMBIA

MINSALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Jorge Eliecer

Apellidos: Chavez

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 79446439.

Fecha de Nacimiento: Día. 10 Mes. 04 Año. 1960

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						
7 Meses	Influenza	2ª						
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª						
	Fiebre Amarilla	1ª						
	Neumococo	Refuerzo						
	Influenza	Anual	2019 OCT. 15	Glaxosmithkline	U502190000	IPS Sanitas Unidad de Atención Primaria Santa Barbara NIT/NIT: 800.251.440-6 Av. Cra. 45 No 123-14		Cindy Ruiz
	Hepatitis A	ÚNICA						
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo						
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo						
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo						
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis								

Estas vacunas son gratuitas

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.

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

AIEPI — de cero a Siempre

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Jorge Chavat Diaz
Fecha de nacimiento: CC. 79446439
Nº de certificado de nacido vivo: _____
Registro civil: _____
Sexo: _____
Grupo sanguíneo: _____
Peso al nacer: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Responsable: _____
Municipio de residencia: _____
Departamento: _____

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS