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.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Laura Isabel		
Apellidos:	Garces Hoitua		
Documento de identidad:	C.C. X T.I.	Pasaporte	No. 1019141540
Fecha de Nacimiento:	Día 17	Mes 06	Año 1998

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	3 FEB 2017	1434026	Manuela Suarez
	2	3 MAR 2017	1431026	Manuela Suarez
	3	23 ABRIL 2017		
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD

ALCALDIA PARTICIPATIVA
CIUDAD DE VILLAVICENCIO

REGISTRO INDIVIDUAL DE VACUNACION

INSTITUCCION U ORGANISMO: Secretaría de Salud

NOMBRE DEL VACUNADO: Laura Isabel Garces Hurtado

FECHA DE NACIMIENTO: Día: 17 Mes: 06 Año: 95

MUNICIPIO: 9/—

TIPO DE BIOLOGICO	1a. o UNICA DOSIS	2a. DOSIS		3a. DOSIS		REFUERZOS	
	FECHA	FECHA		FECHA			
	VACUNA	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	18 M	5 AÑOS
ANTIPOLIO	19-AGOST-98		20-7-98		XII-22-98	17/10/01	
D.P.T.	19-AGOST-98		20-7-98		XII	17/10/01	15-06-01
ANTIHEPATITIS B	06-15-95		19-AGOS-98		*-20-98		
MENINGITIS HAEMOPHIL.I	19-AGOS-98		20-X-98		XII-22/98		
TRIPLE VIRAL	24-VI-99	REF:					
B.C.G.	06-18-98						
FIEBRE AMARILLA	24-VI-99	*Nombre Vacunador:*		*Firma*			
ANTISARAMPION	20-08-99						

Biológico	Dosis	Fecha DD/MM/AAAA	Fabricante y Lote	Firma Vacunador
Tetánico Diftérico Td	1	19-9-15	SERUM 2221	Norley S.
	2	CHOC. 10 AÑOS		
	3			
	4			
	5			
Hepat A + Hepatitis B	1	19-9-15	GSK. AHAb330304	
	2		19-10-2015	
	3			

Biológico	Fecha DD/MM/AAAA	Fabricante y Lote	Validez	Firma Vacunador
Sarampión Rubéola				
Varicela				
Fiebre Amarilla				
Neumococo				

Biológico	Fecha DD/MM/AAAA	Fabricante y Lote	Validez	Firma Vacunador
DPTa Celular				
Fiebre Tifoidea				
Influenza				

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.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Laura Isabel

Apellidos: Garces Hortua

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1019141540

Fecha de Nacimiento: Día 17 Mes 06 Año 1998

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	FEB 2017		
	2	MAR 2017		
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza		17 AGO. 2017	GSK 165721	
Virus de Papiloma Humano				

compensar | salud

RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SEDE : CALLE 94

No INGRESO: 115080
Paciente: LAURA ISABEL GARCES HORTUA
Edad: 18 Años
Género: Femenino
Medico: OTROS PRESTADORES DE SALUD
Fecha Hora Ingreso: 2017-02-06 08:55
Servicio: CONSULTA EXTERNA

No ORDEN: 201702064387
Historia: 1019141540
Teléfono: 3125000709-0
Fecha de impresion: 2017-02-09 13:58
Cama:

Examen		Intervalo Biológico de Referencia
INMUNOLOGIA		
HEPATITIS B Ac S ANTI HBS SEMI O AUTOMATIZADO		
Resultado:	7.10 UI/L	0.00 - 9.99 No Reactivo: Menor de 10.0 UI/L. Reactivo: Mayor o Igual a 10.0 UI/L.

METODO: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

Bacteriólogo: LADY KARINA SANABRIA VARGAS. Tp: 38290908

El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y este debe verificar que los anteriores fueron la totalidad de los exámenes solicitados por él y cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.

VACUNA		FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
ANTI HEPATITIS B	1 DOSIS	06-04-2021	UFX19015	Transcrito PAI		
	2 DOSIS	20 OCT 2023	23FH00006			
	3 DOSIS					
	REFUERZO					
VARICELA	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
HEPATITIS A + HEPATITIS B	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
Dpta	1 DOSIS					
NOMBRE		Laura Isabel Garces Hortua				

VACUNA		FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
	1 REFUERZO					
	2 REFUERZO					
TOXOIDE TETÁNICO	1 DOSIS	20 OCT 2023	2208005228			
	2 DOSIS	NOV 20 2023				
	3 DOSIS					
	REFUERZO					
HEPATITIS A	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
TRIPLE VIRAL	1 DOSIS					

Powered by CamScanner

VACUNA		FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
ANTIRÁBICA	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
	4 DOSIS					
VPH	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
INFLUENZA		20 001 2023		X3A9410		

Cód. de Prestador 11-00117798-01/2
Tania Salud Autorizada por Secretaría Distrital de Salud
Inmunosalud
CENTRO DE VACUNACIÓN S.A.S.

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

NIT: 900.174.965-3
CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 110011779801

CHAPINERO Cra. 15 No. 51-14 Piso 2
PBX: 601 749 53 41 - Bogotá, D.C.
Cels.: 314 293 1612 - 312 416 1246

NOMBRES: Laura Isabel Garces Hortua.

DOCUMENTO: 1019141540 TEL:

Por el DERECHO a la SALUD y a la VIDA... *¡Vacúnate!*

VIGILADO Supersalud

vacunastaniasalud@gmail.com - www.inmunosalud.com

Powered by CamScanner