GRUPO DE INMUNIZACIONES

SIS-153(R-89)

REGISTRO INDIVIDUAL DE VACUNACION

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE CUNDINAMARCA

INSTITUCION U ORGANISMO: Centro Salud Compartir

NOMBRE DEL VACUNADO: Nayibe Alexandra Lopez Montoya

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 23 MES DIC AÑO 95

MUNICIPIO: Soacha.

TIPO DE BIOLOGICO	1a. O UNICA DOSIS	2a. DOSIS		3a. DOSIS		DOSIS ADICIONAL
	FECHA	FECHA		FECHA		
	VACUNA	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	FECHA
ANTIPOLIO RN	9 marzo		4to 25/96		29 junio 96	16 MAYO 1998 POLO RF
D. P. T.	96					
T.T.						R. 1 REFUERZO, 2, 3
ANTISARAMPION	21 Dic/96	salampion 26-08-02				
B. C. G.	Enero 20/96					
~~FIEBRE~~ AMARILLA	① 10 Agosto 96					
H B	② Nov 21/98					
	③					

NOMBRE DEL VACUNADOR: Gloria.

FIRMA

HIb Nov 21/98

Refuerzo Polio Nov 21/98.

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						
	Hepatitis A	ÚNICA						
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1º Refuerzo						
	Polio (Oral - IM)	1º Refuerzo						
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo						
Niñas 9 Años o más	~~VPH~~ TD	1ª	25 Sept 2019	Biological	221501517B	31 julio 2020		Lila Mendieta
	~~VPH~~ TD	2ª	25 oct 2019	Biological	221501517B	31 julio 2020		Lila Mendieta
	~~VPH~~ TD	3ª	25 abril 2020					
	TD	1	25 abril 2021					
	TD	5	25 abril 2022					
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.

6

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	30 JUL 2021	MODERNA	035D21A	Innovar Salud contigo en casa	Páez Achagua C.C. 1.000.723	
	2	21/10/21	MODERNA	040068	Hospital Cardiovascular de Cundinamarca NIT 830104627-6	Liliana Higuera Castillo Aux. Enfermería 1073685333	
	②	2-3-22	Moderna	033A21A	EPS Sanitas DIRECCIÓN PRIMARIA UNIDAD DE ATENCIÓN SOACHA CENTRO MÉDICO SOACHA NIT 800.251.440-6 Cra. 1 No. 38-39 Piso 2 Tel. 742-37 C.C. Ventura Terreros Soacha	Shirley Ponce CC 52409164	

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Nayibe Alexandra

Apellidos: Lopez Tkuntuya

Documento de identidad: C.C. ☒ C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1024567850

Fecha de nacimiento: Día 23 Mes 12 Año 1995

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	13-OC-120	V5054K02	Astd Dat
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
as				