Cruz Roja Colombiana

Seccional Cundinamarca y Bogotá D.C.
S.A.M.U.
Teléfono: 746 0909 Ext. 400 y 405 Bogotá
www.cruzrojabogota.org.co

180381

CARNET DE VACUNACIÓN NACIONAL

NOMBRE Dennyz Camilo Mendez C.

FECHA DE NACIMIENTO 18-OCT 1996 SEXO F.

TELÉFONO ~ 031167419.

Sv004

VACUNAS		FECHA	FIRMA
POLIO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
D.P.T.	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
9 m	Sarampión		
TRIVIRAL	Paperas		
	Rubeola	06 AGO. 2016	
	Sarampión		
	Refuerzo		
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
ANTI HEPATITIS "B"	1ª Dosis	06 JUL 2016	
	2ª Dosis	06 AGO. 2016	
	3ª Dosis	06 SEP 2016	
	Refuerzo	06 JUL 2017	

VACUNAS		FECHA	FIRMA
T.D.	1ª Dosis	06 JUL 2016	
	2ª Dosis	06 AGO. 2016	
	Refuerzo	04 FEB 2017	
TETANO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	Refuerzo		
FIEBRE AMARILLA LOTE Nº (Valida por 10 años)			
FIEBRE TIFOIDEA			
Neumococo Conjugado	1ª		
	2ª		
	3ª		
	4ª		
Neum. Polisacarido	1ª		
	Refuerzo		
Hepatitis A	1ª		
	2ª		
Varicela	1ª	21 JUL 2018	
	2ª	06 JUL 2017	
Influenza (Gripe)	1ª		
	2ª	06 JUL 2017	
	3ª	21 JUL 2018	

Escaneado con CamScanner

Certificado internacional de vacunación o profilaxis

Reglamento sanitario internacional

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE LA VACUNACIÓN O DE LA PROFILAXIS
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE

Certifica que:
Dennyz Camila Mendez
This is to certify that [name] / Nous certifions que [nom]

Fecha de Nacimiento | **Sexo** | **Nacionalidad**
18-10-96 | F | Colombiana
date of birth/ né(e) le | *Sex/ de sexe* | *nationality/et de nationalité*

Documento nacional de identificación
1031169419
national identification document/ document d'identification national

/ INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS /

Cuya firma aparece a continuación:
05 JUN 2020
whose signature follows /dont la signature suit

En la fecha indicada ha sido vacunado o recibido profilaxis contra
has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against:
a été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre:
Fiebre Amarilla

de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional
in accordance with the International Health Regulations
Conformément au Règlement sanitaire international

Vacuna o profilaxis / *Vaccine or prophylaxis* / *Vaccin ou agent prophylactique*	Fecha / *Date* / *Date*	Firma y título del profesional que supervisa la aplicación / *Signature and professional status of supervising clinician* / *Signature et titre du clinicien responsable*	Fabricante y número de lote de la vacuna o profilaxis / *...urer and batch no. of vaccine or ...is* / *...du vaccin ou de l'agent ...ique et numéro du lot*	Certificado válido: Desde / Hasta / *Certificate valid: From / Until* / *Certificat valuable: à partir du : / jusqu'au :*
	05 JUN 2020	CRUZ ROJA COLOMBIANA VACUNACIÓN CALLE 145	STAMARIL 1000 UI / 0,5 ml — Manuf.: 26092018 — Lot: R3L02 — Exp.: 08-2021 — 105 711889	Cruz Roja Colombiana Seccional Cundinamarca y Bogotá — FIEBRE AMARILLA — DOSIS UNICA — Servicio de Vacunación

4

5

Certificado internacional de vacunación o profilaxis

Reglamento sanitario internacional

OTRAS VACUNACIONES

OTHER VACCINATIONS / AUTRES VACCINATIONS

Nombre de la enfermedad / *Disease targeted* / *Maladie visée*	Fecha / *Date* / *Date*	Fecha de la próxima dosis (fecha): / *Next booster (date):* / *Prochain rappel (date):*	Fabricante y número del lote de la vacuna / *Manufacturer, brand name and batch no. of vaccine* / *Fabricant du vaccin, marque et numéro du lot*	Firma y título del profesional que supervisa la aplicación / *Signature and professional status of supervising clinician* / *Signature et titre du clinicien responsable*
Influenza	05 JUN 2020		CRUZ ROJA COLOMBIANA VACUNACIÓN CALLE 145 — UJ381AD 02FEB20 02FEB21	

6

7

Escaneado con CamScanner

re: _____ **Registro Civil:** _____

d	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
	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
lacido	Tuberculosis B.C.G.	Única						
	Hepatitis B	Recién nacido						
	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª						
ses	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª						
	Rotavirus	1ª						
	Neumococo	1ª						
	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª						
ses	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª						
	Rotavirus	2ª						
	Neumococo	2ª						
	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª						
ses	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª						
	Influenza	1ª						
ses	Influenza	2ª						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª						
	Fiebre Amarilla	1ª						
eses	Neumococo	Refuerzo						
	Influenza	Anual						
	Hepatitis A	ÚNICA						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo						
eses	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo						
	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo						
ios	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo						
as	VPH	1ª						
ios	VPH	2ª						
ás	VPH	3ª						
	Sarampion, Rubeola	U	14-11-18	Serum	0128W13002	Extramural subred sur		Olga Sanchez
nas	Influenza		14-11-18	Sanofi	[illegible]	[illegible] subred sur		Olga Sanchez
entarias	Influenza Tetravalente		23 MAYO 2019	Sanofi	L: UJ150AC M: 23ENE19 E: 23ENE20	compensar salud		Jessica Riscanevo VACUNACIÓN
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.

Escaneado con CamScanner

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Denyz Camila

Apellidos: Mendez Calvo

Documento de identidad: C.C. X T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuál: ☐

No. 1,031167419

Fecha de nacimiento: Día 18 Mes 10 Año 1996

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Camila.

Apellidos: Mende3.

Documento de identidad: C.C. X T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuál: ☐

No. 1031167419.

Fecha de nacimiento: Día 18 Mes 10 Año 1996.

Scanned with CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	09-03 2021	CoronaVac	E20210210	E.S.E Hospital San Simón	Suany Gallego	25.221.650
	2	06-04 2021	Coronavac	E20210212	ESE H San Simon	Mercedes Ortiz	25221552
	26 ENE 2022		SINOVAC	20210815E	SALUD HOME	Cindy Rodríguez G. Auxiliar de Enfermería C.C. 1001205148	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
* COVID-19	(4) 1	27 07 2022	PFIZER	PCA 0074	SRC O	Duvan Pedraza C.C. 1.031.154.13 ENFERMERO AUXILIA	
	2						

Scanned with CamScanner