

URGENCIAS:
317 5385434

HOMEOPATIA
VACUNACIÓN
MEDICINA BIOLÓGICA
NUTRICIÓN ORTHOMOLECULAR
MEDICINA TRADICIONAL CHINA

IMPRESIONES MILENIO
7736508
IPALES

CENTRO PEDIATRICO

Dr. Javier Bonilla N.

PEDIATRA - NEONATOLOGO

Nombre: *Matilde Jacqueline Ruales*

Edad: *56* Fecha de Nacimiento *18 06 64*

Sexo ☒ F ☐ M No. de Ident. *27-533446*

CONSULTA TEL. 7737680

Cra. 4N N° 15 - 07

B/ Lirios Norte - Ipiales

*Vacínate
hazte fuerte!*

Fecha	Tipo De Vacuna	Fabricante	Dosis No.	Firma del Vacunador	Fecha Prox. dosis
<i>FEBRERO</i>	<i>Hepatitis B</i>	<i>Serum</i>	<i>1</i>	<i>DR. JAVIER BONILLA</i> <i>R.M. 5286299</i>	<i>26</i> <i>Marzo</i> <i>21</i>
<i>26/21</i>	<i>034X007DE</i>				

Fecha	Tipo De Vacuna	Fabricante	Dosis No.	Firma del Vacunador	Fecha Prox. dosis
<i>Marzo</i>	<i>HEPATITIS B</i>	<i>Serum</i>	<i>2</i>	<i>DR. JAVIER BONILLA</i> <i>R.M. 5286299</i>	<i>26</i> <i>ABRIL</i> <i>21</i>
<i>26/21</i>	<i>034X007DE</i>				

Fecha	Tipo De Vacuna	Fabricante	Dosis No.	Firma del Vacunador	Fecha Prox. dosis
<i>AGOSTO</i>	<i>HEPATITIS B</i>	<i>VACUNA DE LA HEPATITIS B</i>	<i>3</i>	<i>DR. JAVIER BONILLA</i> <i>R.M. 5286299</i>	<i>Completo</i>
<i>13/21</i>	<i>LOT: 054880000</i> <i>EXP. MAY. 2022</i>				

Fecha	Tipo De Vacuna	Fabricante	Dosis No.	Firma del Vacunador	Fecha Prox. dosis

Fecha	Tipo De Vacuna	Fabricante	Dosis No.	Firma del Vacunador	Fecha Prox. dosis
	<i>Gripe</i>				
	<i>No. De Lote</i>				

Fecha	Tipo De Vacuna	Fabricante	Dosis No.	Firma del Vacunador	Fecha Prox. dosis
	<i>Fiebre Amarilla</i>				
	<i>No. De Lote</i>				

Fecha	Tipo De Vacuna	Fabricante	Dosis No.	Firma del Vacunador	Fecha Prox. dosis
	<i>Varicela</i>				
	<i>No. De Lote</i>				

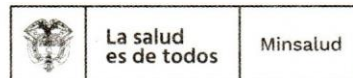
Fecha	Tipo De Vacuna	Fabricante	Dosis No.	Firma del Vacunador	Fecha Prox. dosis
	<i>Fiebre Tifoidea</i>				
	<i>No. De Lote</i>				

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.

La salud es de todos



Certificado de vacunación del adulto

Nombres: **Natilde Jacqueline**
Apellidos: **Ruales**
Documento de identidad: C.C. **PT.I.** Pasaporte No. **27.533.448.**
Fecha de nacimiento: Día **06** Mes **07** Año **1964**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Difterico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Tetanol.	U	no ene 23		
Otras				

