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.

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: ZULAY VIVIANA

Apellidos: ARANGUREN JIMENEZ

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

Número de documento: 1031138550

Fecha de nacimiento: Día 30 Mes 04 Año 1992

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	21/May/25	Y3.D18	Subred Sur
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2		31/1/26	
Influenza estacional	Anual	21 5 25	V50525002	Subred Sur
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

Powered by CamScanner

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.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Zuley Divinna

Apellidos: Arangurer J

Documento de identidad: CC X CE PA CD SC PE PPT

Numero de documento: 1031138550

Fecha de nacimiento: Día 30 Mes 04 Año 1992

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	10-12-2024	U505740	
	Anual			
Covid 19	1ª	~		
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

Powered by CamScanner

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

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: ZOHAI VIVIANA

Apellidos: ARANGUREN JIMENEZ

Documento de identidad: C.C X T.I. Pasaporte No. 1031138550

Fecha de nacimiento: Día 30 Mes 04 Año 1992

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) Covid	1			
	2			
	3			
	4	15 8 23	ZF1077A	SchoolStar ICTICTC ICPATC
	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	09 AGO 2023	U1E071U	USS Vista Hermosa
	2	16 AGO 2023	U1E071U	USS VISTA HERMOSA.
	3			
	4			
Influenza estacional	Única	09 AGO 2023	230046	USS Vista Hermosa
Otras				

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: ZULAY Viviana

Apellidos: ARANGUREN Jimenez

Documento de identidad: C.C. [X] T.I. [ ] Pasaporte [ ] PEP. [ ] otro [ ] Cuál [ ]

No. 1.031.738.550

Fecha de nacimiento: Dia 30 Mes 09 Año 1992

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre del vacunador	Cedula del vacunador
COVID -19	1	01/06/21	PFIZER	FA5843	civi	Yeralden correa	100183 5466
	2	24/06/21	P. fizer	ET892	Civi	yeraldin correa	100183 5466
		02-12-21	Astrazeneca	NL0074			

Clínica La Ermita
IPS Vacunadora: CLÍNICA LA ERMITA
NOMBRE VACUNADOR: H. ARROYO
CEDULA VACUNADOR: 1.047.445.050

Powered by CamScanner

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACION E INSCRIPCION TEMPRANA

Al momento de nacer — Fecha:

PRIMER CONTROL MEDICO

Durante el primer mes de vida — Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA

Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistio	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:

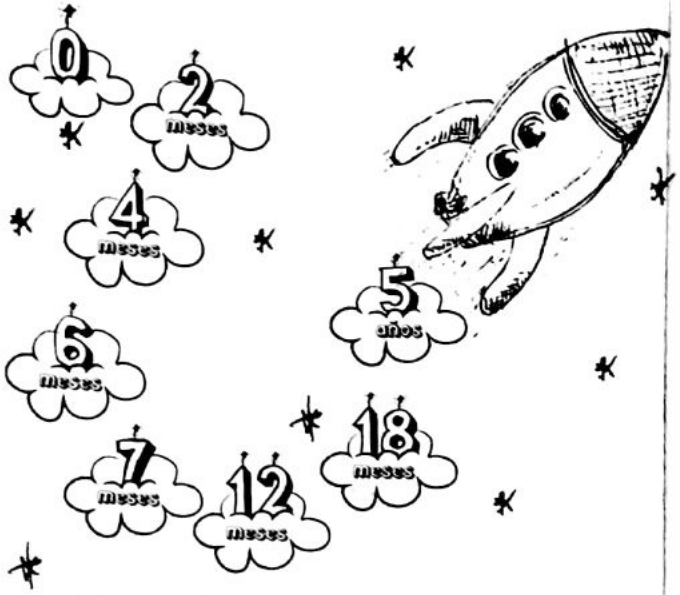
Profesional que verificó:

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, Neumonias, 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: Zuluaga Usuario Atención

Fecha de nacimiento: 30/04/92

Nº de certificado de nacido vivo: _____

Registro civil: CC 1031138550

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: O+

Peso al nacer: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

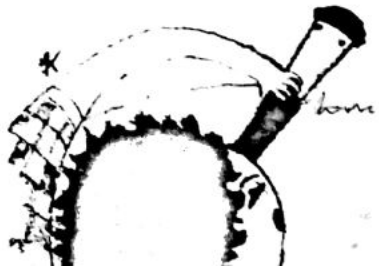
Responsable: _____

Municipio de residencia: _____

Departamento: _____

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Powered by CamScanner

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								
	Tuberculosis B.C.G.	SI	No						
	Hepatitis B		Unica						
			Recién nacido						
2 Meses	Lactancia materna exclusiva								
	Polio (Oral - IM)	SI	No						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1ª						
	Rotavirus		1ª						
	Neumococo		1ª						
4 Meses	Lactancia materna exclusiva								
	Polio (Oral - IM)	SI	No						
	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						
7 Meses	Influenza		1ª						
	Influenza		2ª						
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)		1ª						
	Fiebre Amarilla		1ª						
	Neumococo		Refuerzo						
	Influenza		Anual	26 DIC 19 6C - FIU V5024900	CAPS ULSTA	Hermoso		COUTO ROJAS	
	Hepatitis A		ÚNICA						
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1ª Refuerzo						
	Polio (Oral - IM)		1ª Refuerzo						
	Polio (Oral - IM)		2ª Refuerzo						
5 Años	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2ª 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.

Powered by CamScanner

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	20164.				
Apellidos	Arangoren Jimenez				
Documento de identidad	C C ✗ T I	Pasaporte	No	1031138550	
Fecha de Nacimiento	Día 30	Mes 04	Año 1992		

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	18 ENF 2019	012B013002 Vista H	cops
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

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

Powered by CamScanner

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

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Zulay Viviana

Apellidos: Arango[illegible] Arango

Documento de identidad: CC TI Pasaporte No. 1031138[illegible]

Fecha de Nacimiento: Día 30 Mes 09 Año 1992

Powered by CamScanner

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	U	11-05-18	U5021800 6	Nelson Alba C.C. [illegible] Aux. Enfermería
	U	25-04-20	V522000 1	[illegible]
Virus de Papiloma Humano				

Powered by CamScanner

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

MinSalud [redacted]

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres	Zuilar Vaviana.									
Apellidos	Aranguren Jimenez									
Documento de identidad	C.C. X	T.I.	Pasaporte	No.	1031138550					
Fecha de Nacimiento	Día	3	0	Mes	0	4	Año	1	9	9 2.

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4	17-09-2011		
	5	07-02-2018	2215031GA 19	Subsecretaría de Salud Jalisco
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

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

Powered by CamScanner

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

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Zuley Viviana

Apellidos: Orozquire Jimenez

Documento de identidad: CC X TI Pasaporte No 1031138550

Fecha de nacimiento: Día 30 Mes Abril Año 1992

Powered by CamScanner

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	U	12-12-17	P3B76 a/18	Jose Tique.
Virus de Papiloma Humano				

Powered by CamScanner

ESQUEMA ANTIRRABICO

	Nº DOSIS	Nº DIA	FECHA	FIRMA
POST-EXPOSICION	1ª	0		
	2ª	3		
	3ª	7		
	4ª	14		
	5ª	28		
PRE-EXPOSICION	1ª	0	12 MARZO 2014	María Gómez CC 1[illegible]
	2ª	7	19 MARZO 2014	[illegible]
	3ª	28	26 MARZO 2014	[illegible] 36896
	Refuerzo	1 año		
	Refuerzo	3 años		

OTRAS	Prueba de Tuberculina	1ª Dosis
		2ª Dosis
		3ª Dosis
	Gamaglobulina	
	Suero Antiofídico	
	Suero Antirrábico	

Anotaciones Especiales

VIGILADO Supersalud

Cruz Roja Colombiana

Seccional Cundinamarca y Bogotá D.C.
S.A.M.U.

Teléfono: 428 1111 Ext. 101 y 142 Bogotá
www.cruzrojacundinamarca.org.co

16514

CARNET DE VACUNACIÓN NACIONAL

NOMBRE ZULAY VIVIANA ARAGUEZ

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO F

TELEFONO _____

SV024

Powered by CamScanner

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		
	Sarampión		
	Refuerzo		
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
ANTI HEPATITIS "B"	1ª Dosis	27 JUL 2009	
	2ª Dosis	14 SEP 2009	NEYIRETH
	3ª Dosis	15 JUN 2010	
	Refuerzo	09 JUL 2013	

DIRECCION SALUD CAFAM
C.A.S. FLORESTA
VACUNACION

VACUNAS		FECHA	FIRMA
TETANO	1ª Dosis	27 JUL 2009	CRUZ ROJA COLOMBIANA VACUNACION ESDE
	2ª Dosis	14 SEP 2009	NEYIRETH
	Refuerzo ③	15 JUN 2010	
	1ª Dosis ④	17 Sep- 13	
	2ª Dosis ⑤	09 JUL. 2013	
	Refuerzo		
FIEBRE AMARILLA LOTE Nº (Valida por 10 años)			
FIEBRE TIFOIDEA			
Neumococo Conjugado	1ª		
	2ª		
	3ª		
	4ª		
Neumo Polisacarido	1ª		
	Refuerzo		
Hepatitis A	1ª		
	2ª		
Varicela	1ª		
	2ª		
Influenza (Gripe)	1ª		
	2ª		
	3ª		

Powered by CamScanner

Evítele un verdadero dolor

Póngale todas las defensas ¡vacúnelo!

BOGOTA PARA VIVIR
todos del mismo lado

Secretaría
SALUD
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Póngale todas las defensas ¡vacúnelo!

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

GUARDE ESTE CARNET EN UN LUGAR SEGURO

Powered by CamScanner

Vacuna	Enfermedad que previene:	Número de dosis y edades de aplicación	Fecha de aplicación
BCG	Tuberculosis	Recién nacido	
Hepatitis B	Hepatitis B	Primera dosis: Recién nacido Segunda dosis: 2 meses de edad Tercera dosis: 6 meses de edad	
Polio	Parálisis Infantil (Poliomielitis)	Dosis complementaria: Recién nacido Primera dosis: 2 meses de edad Segunda dosis: 4 meses de edad Tercera dosis: 6 meses de edad Primer refuerzo: A los 18 meses de edad Segundo refuerzo: A los 5 años de edad	
DPT	Difteria, Tosferina y Tétanos	Primera dosis: 2 meses de edad Segunda dosis: 4 meses de edad Tercera dosis: 6 meses de edad Primer refuerzo: A los 18 meses de edad Segundo refuerzo: A los 5 años de edad	
Haemophilus Influenzae Tipo B	Meningitis por Haemophilus Influenzae Tipo B	Primera dosis: 2 meses de edad Segunda dosis: 4 meses de edad Tercera dosis: 6 meses de edad	
Triple Viral	Sarampión, Paperas y Rubéola	Primera dosis: 12 meses de edad Refuerzo: A los 10 años de edad	
Toxoide tetánico y diftérico	Tétanos neonatal, tétanos y difteria	Para mujeres de 10 a 49 años: Primera dosis: Si empieza hoy Segunda dosis: Al mes de la primera Tercera dosis: A los 6 meses de la segunda Cuarta dosis: Al año de la tercera dosis Quinta dosis: Al año de la cuarta dosis	23-03-03
Fiebre Amarilla	Fiebre Amarilla	A partir de los 6 meses de edad para zonas donde existe la enfermedad o cuando se viaja a esos lugares Refuerzo: A los10 años de la primera dosis	

Powered by CamScanner

REGISTRO DE VACUNACION

VACUNAS	DOSIS 1a. Fecha Vacuna	2a. FECHA Cita	2a. FECHA Vacuna	3a. FECHA Cita	3a. FECHA Vacuna
B.C.G.	3-11-92				
D.P.T.	1-30-92		11-30-92		11-30-93
Polio	1-30-92		11-30-92		11-30-93
Sarampión	11 de 93				
Fiebre * Amarilla					
Otra					

* En zonas endémicas.

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIO SI	CUMPLIO NO
92	Julio	11	8 AM		
92	Agosto	12	8 AM		
92	Sept	30	8 AM		
92	Nov	30	8 AM		
92	Febrero	24	8 AM		
93	Abril	26	8 AM		
94	Diciembre	2	8 AM		

RECOMENDACIONES

ALIMENTACION

Dele a su niño leche materna hasta los 2 años de edad.

Desde recién nacido hasta los 4 meses de edad el niño solamente necesita leche materna.

A los 4 meses, además de la leche materna, comience a darle frutas, cereales y verduras en papilla, naco o puré. Utilice taza y cuchara.

Dele primero la leche materna y después los otros alimentos, haciéndolos poco a poco más sólidos para que comience a masticar.

A los 6 meses, además de la leche materna, de las frutas, los cereales y las verduras, dele fríjoles, lentejas, arvejas, pasta, papa y arroz; también puede darle huevo y carne molida.

A los 9 meses, además de la leche materna, el niño puede comer de todos los alimentos que come la familia.

Dele siempre primero la leche materna y después los otros alimentos. El agua para tomar y para preparar los jugos debe ser hervida.

CUIDADOS GENERALES

Báñelo todos los días, lávele las manos y los dientes, córtele las uñas, póngale zapatos cuando camine. No use talcos, ni chupos. No le dé aceites para purgarlo. Evite que su niño se acerque a enfermos.

PREVENCION DE ACCIDENTES

Intoxicaciones: No deje al alcance del niño drogas o venenos que pueda tomar.

Quemaduras: No deje a su niño solo en la cocina; evítele el contacto con fósforos, cocinol, gasolina o pólvora.

Heridas o fracturas: No le deje al alcance objetos corto-punzantes. Evítele juegos en lugares peligrosos.

Ahogamiento: No lo deje solo en la alberca, en pozos o quebradas.

VACUNACION

Hágalo vacunar. Al cumplir el primer año de vida, debe tener completas todas las vacunas con todas sus dosis. De esta manera, el niño no sufrirá de enfermedades prevenibles.

DIARREA

Es peligrosa. Si su niño tiene diarrea dele suero oral, si no lo tiene, dele suero casero y acuda a la promotora o al Organismo de Salud.

ANTECEDENTES DE PELIGRO

DEL NIÑO Y HERMANOS

- ☐ Peso al nacer menor a 2.500 gramos.
- ☐ Gemelo o nacimientos múltiples
- ☐ No lactancia natural o destete precoz
- ☐ Hermanos desnutridos
- ☐ Muerte de hermanos menores de 5 años
- ☐ 4 o más hermanos vivos
- ☐ Menos de 2 años de diferencia con hermano anterior
- ☐
- ☐

DEL AMBIENTE

INADECUADO:

- ☐ Suministro de aguas
- ☐ Disposición de excretas
- ☐ Basuras
- ☐ Insectos y roedores
- ☐

REHIDRATACION ORAL EN CASO DE DIARREA

SUERO ORAL

En un litro de agua hervida y fría mezcle todo el contenido de un sobre de suero oral.

Dele al niño cada media hora, como mínimo 1 onza (4 cucharadas soperas) de suero oral o más, según el deseo del niño.

Si no tiene sobres de suero oral dele:

SUERO CASERO

En un litro de agua hervida y fría mezcle 4 cucharadas de azúcar y 1 cucharadita de sal. Ofrézcala al niño igual que el Suero Oral.

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD

CRECIMIENTO Y DESARROLLO
DEL MENOR DE 5 AÑOS

carné infantil

Nombre Sulay Arangurén Jiménez

Fecha de nacimiento Abril 30/92

Peso al nacer 2900 gr

Talla al nacer 52 cm

Municipio Bogotá

Dirección _____

Historia Clínica No. 920430

Organismo de salud C.S. N° 7

ACUDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LAS FECHAS DE LAS CITAS PROGRAMADAS Y CUANDO LA PROMOTORA DE SALUD SE LO RECOMIENDE.

Powered by CamScanner

OBSERVACIONES

B.C.G: Contra Tuberculosis.

POLIO: Contra Poliomielitis.

(Parálisis Infantil)

D.P.T: Contra Difteria, Tosferina

y Tétanos.

T.D: Contra Tétanos y Difteria.

PROTEJA A SUS HIJOS

VACUNANDOLOS

OPORTUNAMENTE

920430

Servicio de Salud de bogotá d.e.

ORGANISMO:

REGISTRO INDIVIDUAL DE VACUNACION

Nombre del Vacunado: Alexander Jimenez

Doc. Identidad: Zulay

Fecha de Nacimiento: Viviana

FORMA-E-72-SIS-153

Powered by CamScanner

TIPO DE BIOLOGICO	DOSIS								OBSERVACIONES
	1a. o' Unica	2a.		3a.		Refuerzo			
	Fecha Vacuna	FECHA		FECHA		FECHA			
		Cita	Vacuna	Cita	Vacuna	Cita	Vacuna		
B. C. G.									
SARAMPION									
FIEBRE AMARILLA									
POLIO									
D. P. T.									
T. D.									
OTRA									
OTRA									

SECRETARIA DE S. P. [illegible]
CENTRO DE SALUD [illegible]
Sello del Organismo

Powered by CamScanner

OBSERVACIONES

B. C. G: Contra Tuberculosis.

POLIO: Contra Poliomielitis.

(Parálisis Infantil)

D. P. T: Contra Difteria, Tosferina

y Tétanos.

T. D: Contra Tétanos y Difteria.

PROTEJA A SUS HIJOS

VACUNANDOLOS

OPORTUNAMENTE

Servicio de Salud de bogotá d.e.

ORGANISMO: C.S.F

REGISTRO INDIVIDUAL DE VACUNACION

Nombre del Vacunado: [illegible]

Doc. Identidad: _____

Fecha de Nacimiento: IV-30-92

FORMA-E-72-SIS-153

Powered by CamScanner

TIPO DE BIOLOGICO	DOSIS								OBSERVACIONES
	1a. ó Unica		2a.		3a.		Refuerzo		
	Fecha Vacuna		FECHA		FECHA		FECHA		
			Cita	Vacuna	Cita	Vacuna	Cita	Vacuna	
B. C. G.	[illegible]								DPT Polio 21-IX-93
SARAMPION	II 01 93								
FIEBRE AMARILLA									
POLIO	VI-30-92			VII 30 92		IX-30-93			
D. P. T.	VI-9-92			VII 92		IX			
T. D.									
OTRA 15 Rubeola									
OTRA 16 Paperas									

Sello del Organismo

MMR-7 V-28-2002.

Powered by CamScanner