DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD DISTRITAL

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE VACUNACION

Santa Marta

NOMBRE Maria Cristina Raquel Mallarino FECHA DE NACIMIENTO 20-07-81

DIRECCION _____ TELEFONO _____

REGIMEN: Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Vinculado ☐ Entidad _____

BIOLOGICO		VACUNA			CITA			NOMBRE VACUNADOR
		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	
BCG (Tuberculosis, Dosis Unica)	1							
POLIO	1							
	2							
	3							
	R1							
	R2							
DPT (Diftaria, Tetános y Tosferina)	1							
	2							
	3							
	R1							
	R2							
HEPATITIS B	1	29	01	03	29	02	03	
	2							
	3							
MENINGITIS (por Haemofilus Influenza)	1							
	2							
	3							
	R1							
T.D. (Toxoide Diferico y/o Tox. Tetánico)	1	29	01	02	29	02	03	
	2							
	R1							
	R2							
	R3							
TRIPLE VIRAL (Sarampión, Rubeola y Parotiditis)	1	30	01	03	~~29~~			
	2							
FIEBRE AMARILLA	1	30	01	03				