Nombres y Apellidos: _____ Tipo de Indentificación _____ No. ID: _____

	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién Nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	19	03	24	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐	0372M005R	HOJ				Dun Hurtado
	Hepatitis B	Recién nacido	19	03	24	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐	0323000055					
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1ª	20	MAY	2024	Bithoven	2334002.	CENTRO DE SALUD POTRERO GRANDE RED ORIENTE HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO VACUNACION				Ma. Josefina Quilindo C. Aux. de Enfermeria C.C. 25.453.372
	Pentavalente Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª				Serum	28524011C.					
	Hepatitis B	1ª				GSK.	AROLD493AC.					
	Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª				Pfizer.	GW7663					
	Diarrea por rotavirus	1ª										
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª										
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2ª	22	JUL	2024	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ Bithoven	22340002	CENTRO DE SALUD POTRERO GRANDE RED ORIENTE HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO VACUNACION				Margie A. Sánchez Cifuentes Aux. de Enfermeria C.C. 1.151.966.594 Res. 76-5217
	Pentavalente Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª				Serum	28524011D					
	Hepatitis B	2ª				GSK	AROID493AC					
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª				Pfizer	GW7663					
	Diarrea por rotavirus	2ª										
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª										
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3ª	2	SEP	2024	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ Bithoven	22340007	CENTRO DE SALUD POTRERO GRANDE RED ORIENTE HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO VACUNACION				Ma. Josefina Quilindo C. Aux. de Enfermeria C.C. 25.453.372
	Pentavalente Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª				Serum	28524011D					
	Hepatitis B	3ª				Buthatan.	24009979.					
	Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª				Buthatan	24009979					
	Influenza estacional	1ª	23	OCT	2024	Sanofi	01F3N005A					
7 meses	Influenza estacional	2ª				Pfizer	HJF277					
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	09-	Abril	2025	MSD	Y014869.					ALEXANDRA CORRALES C.C.316.01333 Oleary
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo				MSD	X005285.					
	Varicela	1ª	15	Oct	2025	Sanofi	C6B663BA					
	Hepatitis A	Única				Bithoven	24230003					
	*Influenza estacional	Anual	15	Oct	2025	Serum	28541X0130.					
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo				Sanofi	43D08					Oleary
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo				Serum	01349006B.					
	**Fiebre Amarilla	Única										
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª	> 5 años									
	Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo										
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo										
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª	9 años									
		2ª										
		3ª										
Sin rango de edad	Covid-19 Moderna Pendiente	1ª	25 NW/24									
		2ª										
		1er Refuerzo										
		2do Refuerzo										
Vacunas complementarias y otras dosis	SR. 4 años											

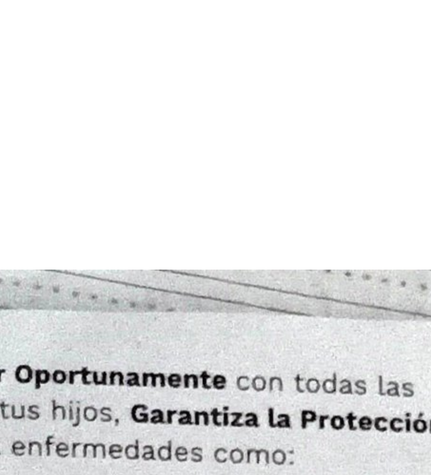
*De acuerdo al antecedente de primovacunación **A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritiv

Influenza OCT 2026

Vacunar Oportunamente con todas las dosis a tus hijos, **Garantiza la Protección** frente a enfermedades como:

Tuberculosis meningea, **H**epatitis B, **P**oliomielitis, **M**eningitis y otras enfermedades causadas por Haemophilus Influenzae tipo B, **D**ifteria, **T**osferina, **T**étanos, **D**iarrea por rotavirus; **N**eumonia, **O**titis, **M**eningitis bacteriemia causada por Neumococo, **E**nfermedad respiratoria causada por el virus de la Influenza, **S**arampión, **R**ubéola, **P**arotiditis, **V**aricela, **H**epatitis A, **F**iebre Amarilla y **V**irus del Papiloma Humano.



Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo de una!

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

	D	M	A
1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			
4.ª entrega			
5.ª entrega			

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

	D	M	A		
3 años				SI*	NO*
4 años				SI*	NO*
5 años				SI*	NO*

*Menor o igual a 20 normal

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

	D	M	A
1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

	D*	M	A
A partir de 6m			
1 año			
2 años			
3 años			
4 años			
5 años			

VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

	D	M	A

ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

	D	M	A

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO

TSH neonatal	Normal	Alterado
Auditivo OEA/PEAA	Normal	Alterado
Cardiopatía Congénita Compleja	Normal	Alterado
Visual	Normal	Alterado

Resultado Tamizaje Neonatal

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha			Valoración Nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos Luciana Estopiñan Torres

R.C. TI OTRO — Tipo de Documento: 1144004302 — No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 19 (DÍA) 03 (MES) 24 (AÑO)

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3.730 gr. Talla:

Dirección: Potrero Grande

Teléfono 1: 3215765013

Teléfono 2:

Responsable: Ana Torres.

Municipio de residencia: Cali

Departamento: Valle