

Información importante:

1. La tarjeta Unificada de Vacunación corresponde a un acuerdo establecido por los países de la región de las Américas en pro de la salud de la población Migrante. Confiere y previene en los países donde ingrese.
2. El calendario vacunal de cada país es diferente, por lo que esta tarjeta unificada de vacunación le servirá para que las instituciones de salud apliquen las vacunas establecidas en cada país a población migrante, con base en su antecedente vacunal y evital la recombinación.
3. Esta tarjeta no reemplaza el carnet de vacunación del país.
4. En caso de requerir el certificado internacional de Vacunación o Profundus contra fiebre amarilla, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Informação importante: Unificado corresponde a um acordo estabelecido pelos países da região das Américas para a saúde (a aplicação) migrante. Garantir e aprender nos países em que você está.

2. Calendário de vacinação de cada país é diferente, portanto, este cartão de vacinação unificado ajudará as instituições de saúde a aplicar as vacinas estabelecidas em cada país à população migrante, com base no histórico de vacinas e evitar a reavaliação.

3. Este cartão não substitui o cartão de vacinação do país.

4. No caso de requerer o Certificado Internacional de Vacinação ou Profilaxia contra febre amarela, solicite sua transcrição nos locais autorizados.

1. The United Vaccination Card corresponds to an agreement established by the countries of the Americas region for the health of the migrant population. Keep it and present it in the countries where you enter.
2. The vaccination calendar of each country is different, so this unified vaccination card will help the health institutions to apply the vaccines established in each country to the migrant population, based on their vaccination history and avoid revaccination.
3. This card does not replace the country's vaccination card.

4. In case of requiring the International Certificate of Vaccination or Prophylaxis against yellow fever, request its transcription in the authorized sites.

Informations importantes:

1. La carte de vaccination unifiée correspond à un accord conclu par les pays de la région Amériques sur la santé de la population migrante. Conservez-le et présentez-le dans les pays où vous entrez.
2. Le calendrier de vaccination de chaque pays étant différent, cette carte de vaccination unifiée indiquera les établissements de santé à appliquer les vaccins mis en place dans chaque pays à la population migrante, en fonction de leurs antécédents de vaccination et à éviter la réinfection.
3. Cette carte ne remplace pas la carte de vaccination du pays.
4. Si le certificat international de vaccination ou de population existe contre la fièvre jaune est requis, demandez sa transcription dans le cas autochtones.

[illegible]

OPT: 1= Cellulose intestinal 2= Acetate

Nombre/Name/ Nome/ Nom:	Apellidos/ Last name/ Sobrenome/ Nom de famille:	Fecha de nacimiento/ Birth date/ Data de nascimento:	Ciudad de nacimiento/ City of birth/ Cidade de nascimento/ Ville de naissance:
Laia Xarín	Martine		

País de nacimiento/ Country of birth/ País de nascimento/ Pays de naissance:

Tipo de Identificación/ ID Type/ Tipo de Identificação/ Type d'identification:

No. Identificación/ ID number/ Número de identificação/ Numéro d'identification.

Sexo/ Sex/ Sexo/ Le sexe: ☒ Feminino/Female/Feminino/Femme
☐ Masculino/Male/Masculino/Mâle

Nombre del contacto o responsable/ Name of the contact or responsible/ Nome do contato ou responsável/
Nom du contact:

Teléfono del contacto o responsable/ Contact or responsible phone/ Contato ou telefone responsável/
 Téléphone de contact:

Enfermedad Disease Doença Maladie	Dosis Dose Dosis Dose	Tipo de vacuna Type of vaccine Tipo de vacina Type de vaccin	Fecha de aplicación Date of application Data de aplicação Date d'application				País Country Pais Pays
			Única/Single Única/Unique	Día Day Dia Jour	Mes Month Mes Mois	Año Year Ano Année	
Tuberculosis meningea / Meningeal tuberculosis / Tuberculose meningee / Tuberculose méningée (BCG)	1 2 3 4 5						
Poliomielitis / Poliomyelitis / Poliomielite / Poliomyélite	1 2 3 4 5						
Hepatitis B / Hepatitis B / Hepatitis B / L'hepatite B	1 2 3 4 5						
Haemophilus influenzae tipo b / Haemophilus influenzae type b / Haemophilus influenzae tipo b / Haemophilus influenzae de type b	1 2 3 4 5						

DPT: 1- Celulas Enteras 2- Acetabular
DPT: 1- Cel. 2- Inyectable
DPT: 1- Cel. 2- Inyectable

TIPO DE VACUNA: Poliomyelitis: 1- Cel. 2- Inyectable
TYPE OF VACCINE: Poliomyelitis: 1- Cel. 2- Inyectable

TIPO DE VACUNA: Poliomielitis. 1-001/7/1979

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



**CARNET DE VACUNACIÓN
NACIONAL**

NOMBRE: Jara Martinez
FECHA DE NACIMIENTO: 11-4-89 SEXO: F
~~TELÉFONO~~ 1022746496

S-004

ESQUEMA ANTIRRÁBICO			
Nº. DOSIS	Nº. DÍA	FECHA	FIRMA
1a.	0		
2a.	3		
3a.	7		
4a.	14		
5a.	28		
1a.	0		
2a.	7		
3a.	28		
Refuerzo	1 año		
Refuerzo	3 años		
OTRAS			
1a. Dosis			
2a. Dosis			
3a. Dosis			
Prueba de Tuberculina			
Gamaglobulina			
Suero Antiofídico			
Suero Antirrábico			
Anotaciones Especiales			

Ministerio de Salud
Secretaría de Salud
Bogotá, D.C.



72713828

VACUNAS		FECHA	FIRMA
POLIO	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		
D.P.T.	1a. Dosis	07-04-2017	
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		
9	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		
TRIVIRAL	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		
HACMOFILUS	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		
ANTI HEPATITIS B	1a. Dosis	20 MAY 2019	ABUCCIA
	2a. Dosis	20 JUN 2020	
	3a. Dosis	20 JUN 2021	
	Refuerzo	20 JUN 2021	

VACUNAS		FECHA	FIRMA
T.D.	1a. Dosis	07-04-2017	
	2a. Dosis	20 MAY 2019	ABUCCIA
	3a. Dosis	20 JUN 2020	
	Refuerzo	20 JUN 2021	
FIEBRE AMARILLA	1a. Dosis	20 JUN 2020	
	2a. Dosis	20 JUN 2021	
	3a. Dosis	20 JUN 2021	
	Refuerzo	20 JUN 2021	
FIEBRE TIFOIDEA	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		
NEUMOCO	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		
HEPATITIS B	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		
INFLUENZA	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		

Paciente 72713828 **MARTINEZ LIEVANO LAURA Xiomara**
Documento Id CC 1072746496
Fecha de nacimiento 11-Apr-1989 **Sexo** F
Edad 33 Años **Dirección** AV CALLE 80 103 B 24 BLOQ 51 APT 401
Teléfono 3133011194

Fecha de ingreso 27-Jul-2022 12:32 pm
Fecha de impresión 28-Jul-2022 11:51 am
Sede LABORATORIO CLINICA SANTA MARIA DEL LAGO
Servicio SALUD OCUPACIONAL
Empresa SALUD OCUPACIONAL
Médico KERALTY
Convenio KERALTY

Examen **Resultados** **Unidades** **Valores de Referencia**

INMUNOLOGIA I

ANTICUERPOS ANTI ANTIGENO HEPATITIS B

Método: Electroquimoluminiscencia

**** VALORES DE REFERENCIA**

No Reactivo : Menor de 10 UI/L

Reactivo : Mayor o igual a 10 UI/L

Fecha Validación: 28-Jul-2022 10:51 am

57.60

UI/L

Firma Responsable

Jenny Rosendo / Marielina Alfonso

CC: 103327256

Biología

SEDE DE PROCESAMIENTO: CENTRAL DE REFERENCIA- CLINICA COLSANITAS

MAZON SOCIAL: CLINICA COLSANITAS S.A.