RECOMENDACIONES

Con la aplicación de DPT colocar paños tibios en la zona de aplicación.

Administrar medicamentos para el dolor y la fiebre, según recomendación de su pediatra.

Avisar a su pediatra cualquier alteración diferente a las indicadas al aplicar las vacunas.

Seguir el esquema de vacunación.

5 Razones para Vacunar a su Hijo:

1 Prevenir lesiones permanentes o muerte por enfermedades que se puedan evitar.
2 Garantizar el buen desarrollo y crecimiento infantil.
3 Ahorrar en gastos de salud por enfermedades prevenibles.
4 Contribuir a la erradicación definitiva de agentes causales de enfermedades potencialmente fatales.
5 La salud es un derecho infantil y un deber de todos.

LABORATORIOS UNDRA
DIVISIÓN DE SCHERING-PLOUGH S.A.

Coricidin® Gotas Pediátricas
Maleato de D-clorfeniramina + Acetaminofén

Controla la fiebre
Calma el dolor y la congestión

COMPOSICIÓN: Cada ml contiene 0.5 mg de D-Clorfeniramina maleato y 100 mg de Acetaminofén.
POSOLOGÍA: Menores de 2 años, según criterio médico. Niños de 2 a 6 años, 30 gotas (1 ml) cada 4 horas. Niños de 6 a 12 años, 60 gotas cada 4 horas.

Para mayor información comuníquese en Santafé de Bogotá al teléfono 260 95 32 y fuera de Bogotá al 9800 9-19 532.

Consulte a su médico



Referencias Generales de Vacunación:
Ministerio de Salud, Sociedad Colombiana de Pediatría, Asociación Colombiana de Infectología. Guías para la inmunización del niño en Colombia 1999.



Doctor: 3396-B

Guía de Vacunación para:

Nombre: Carlos I Muñoz Alvarez
Fecha de Nacimiento: 07-09-01
Historia Clínica: 30505
Dirección: _____
Teléfono: _____

Vacune a su hijo...
...se lo agradecerá toda la vida.

Plan de Vacunación

Meningococo ① 28-07-2006 ② 14-9-2006

Cita	Edad	Vacuna	Fecha Aplicación
	RN	**BCG**	8 10 01
		DPT	
		1º Dosis	27.12.01
		2º Dosis	28.02/2002
		3º Dosis	30.04/2002
		1er Refuerzo	19-05-03
		2do Refuerzo	
		Polio	
		1º Dosis RN	27.12.01
		2º Dosis 1º	28.02/2002
		3º Dosis 2º	30.04/2002
		4º Dosis 3º	30-9-02
		1er Refuerzo	19-05-03
		2do Refuerzo	
		Hepatitis B	
	RN	1º Dosis	8 10 01
		2º Dosis	27.11.01
		3º Dosis	30.04/2002
		Triple viral (paperas, rubéola, sarampión)	30-9-02
		1º Dosis	
		Refuerzo	
		Haemophilus influenzae Hib	
		1º Dosis	27.12.01
		2º Dosis	28.02/2002
		3º Dosis	30.04/2002
		Antigripal 30/04/02 Gripe	14/10/05 - 20-10-06
		Hepatitis A	
		1º Dosis →	20/04/2005
		2º Dosis →	10/11/2005
		Varicela	
		1º Dosis	14/06/2005
		Otras Neumococo	14/10/2005
		Sarampión	28-05-2002

30-1-02

Coricidin® Gotas Pediátricas
Maleato de Clorfenamina + Acetaminofén

SupliMed | BOGOTÁ MEDELLÍN RIONEGRO

Certificado de Vacunación

Institución:

Nombre: Carlos Ignacio Muñoz A.

Identificación: 1001 829 252 Tel:

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Influenza	1	11/05/21	L: UJ626AB E: 13ENE22 M: 13ENE21	
Fiebre Amarilla				

Cortesía de Sanofi Pasteur

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Hb	R20	24-05-21	ufx20003	Yenny
TT	R20	24-05-21	22080102OA	Yenny

SPCO.SAPAS.18.07.0031

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: CARLOS IGNACIO

Apellidos: MUÑOZ ALVAREZ

Documento de identidad: C.C. X T.I. ___ Pasaporte ___ PEP ___ otro ___ cuál: ___

No. 1001539252

Fecha de nacimiento: Día 07 Mes 09 Año 2001

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	24/04/21	MODERNA	060D21A	CLINICA POLICIA	BELEN GOMEZ	42782433
	2	05/10/21	Moderna	053A21	Clipo	Belen Gomez	42782377
		ABRIL 4-22	Janssen	20CVA	CM Trinidad	Aleida Piedrahita C.C 43595834 Aux. De Enfermería	

836016

Este carné es válido en Colombia

Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Conservar entre 2°C y 8°C
Suspensión inyectable
IM - SC - 0.5 ml Sanofi Pasteur, Francia

Manufa: 01022022

Lote: W3B07
01-2023

CAD:

Consérvelo

VaxigripTetra®
Vacuna antigripal
Tetravalente
2022 Hemisferio Sur
ANM Cert N° 19253
Orden Reg. ISP N° 2719
Colombia: B.S. No. INVIMA
2020M-0000005
Perú: B.S. N° 86-01124

En [illegible] el Certificado Internacional de Vacunación ó su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

Instituto Nacional de Salud

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	CARLOS IGNACIO				
Apellidos:	MUÑOZ ALVAREZ				
Documentos de Identidad:	CC [X]	TI [ ]	PASAPORTE [ ]	No.	1001531252
Fecha de Nacimiento:	Día: 07	Mes: 09	Año: 2001		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	20 08 24	AG9CF702V	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

IPS CENTRO DE VACUNACIÓN INTEGRAL S.A.S

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	20 OCT. 2022	W3B07-1V	caducado	
	25-08-2023	230049	LNgith Narega	
Otras				

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

3 900576

Consérvelo

Conservar entre 2°C y 8°C
Suspensión inyectable
IM - 0,5 ml

Manufacturado: 23012024
Lote: Y3A68
Vence: 12-2024

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

VaxigripTetra®
Vacuna antigripal tetravalente
2024 Hemisferio Sur
Chile: Reg. ISP B-2719
Colombia: R.S. No. INVIMA 2020MB-0000065
Fecha R.S. N° RE-01124

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Libertad y Orden

Ministerio de Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

Instituto Nacional de Salud

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	CARLOS IGNACIO
Apellidos:	MUÑOZ ALVAREZ
Documentos de Identidad:	CC X TI ☐ PASAPORTE ☐ No. 1001539252
Fecha de Nacimiento:	Día: 07 Mes: 09 Año: 2001

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

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	15 AGO 2024	YBA691V		
Otras				

Unidad Médica Centrolab

UNIDAD MÉDICA CENTROLAB
NIT: 800178906-4

Calle 57A #48 - 21 Av. Oriental
Medellín-Colombia
www.centrolab.com.co
servicioalcliente@centrolab.com.co
resultados@centrolab.com.co
3154677121

PBX: (604) 6049503
(604) 4242970
(604) 6042204
(604) 4443888

No.: 3868619

PROPUESTA DE VALOR DE CENTROLAB - LABORATORIO DE REFERENCIA

"CENTROLAB es el mejor Laboratorio Clínico de Referencia donde encuentras todas las pruebas al mejor precio posible, con excelente calidad, cumplimiento y apoyo profesional".

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Paciente:	**CARLOS IGNACIO MUÑOZ ALVAREZ**	**Doc. Id.:**	**CC 1001539252**
F. Nac. y Edad:	07/09/2001 - 21 Años	**Teléfono:**	3192196717
		Sexo:	MASCULINO
Entidad:	CENTROLAB S.A.S (CONVENIO UDEA)	**Tel. Entidad:**	4443888
Fecha atención:	19/12/2022 02:04 p.m.	**Fecha resultado:**	19/12/2022 03:04:00p.m.
Fecha impresión:	19/12/2022 05:46:03p.m.	**Tipo reporte:**	**ORIGINAL - EMAIL AUTOMATICO**

INFORME DE RESULTADOS

HEPATITIS B, ANTICUERPOS S [ANTI-HBS]

ANÁLISIS	RESULTADOS	VALORES DE REFERENCIA
Metodo Eclia (cobas e411)	**58.6 mUI/ml**	0-10

INTERPRETACION
Las muestras con concentraciones de anticuerpos anti-HBs por debajo de 10 mUI/mL se deben clasificar NEGATIVAS.
Las muestras con concentraciones de anticuerpos anti-HBs entre 10 y 11 mUI/mL se deben clasificar DUDOSAS. Se recomienda repetir en duplicado el test de las muestras dudosas para confirmar el primer resultado.
Las muestras con concentraciones de anticuerpos anti-HBs iguales o por encima de 11 mUI/mL se deben clasificar POSITIVAS.

Responsable: Bacterióloga: **MARIA FERNANDA ARISTIZABAL GARCIA** Registro: 1037648440

VARICELA IGG

ANÁLISIS	RESULTADOS	VALORES DE REFERENCIA
VARICELA ZOSTER, Acs IgG (MICROELISA AUTOMATIZADO)	**>1500.0 mIU/mL**	

INTERPRETACION DE RESULTADOS
Los resultados de las muestras deben ser interpretados como sigue:
Las muestras con concentraciones de IgG anti-virus de varicela-zoster por debajo de 50 mUI/mL se deben clasificar negativas (No hay proteccion inmunologica).
Las muestras con concentraciones de IgG anti-virus de varicela-zoster entre 50 - 100 mUI/ml se deben clasificar como indeterminadas
Las muestras con concentraciones de IgG anti-virus de varicela-zoster iguales o por encima de 100 mUI/mL se deben clasificar positivas (Si hay proteccion inmunologica).

Responsable: Bacterióloga: **MARGARITA MARIA ALVAREZ FLOREZ** Registro: 5-1113

SEDE VILLANUEVA

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: Carlos Ignacio Muñoz

Apellidos: Muñoz Alvarez

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1001539252

Fecha de nacimiento: Día 0 7 Mes 0 9 Año 2 0 0 1

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	19-5-25	23K0650	Koren conde
Toxoide Tetánico - Diftérico (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	19-5-25	3U5052503	Koren conde
Otras				