CARNÉ DE VACUNACIÓN

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

Nombre: Angel Leonel Delgado padilla

Fecha de Nacimiento: 16/11/2014

N° de Certificado de Nacido Vivo: _____

(RC) NUIP: 1232397732

Sexo: Masculino

Dirección: Vereda presidente.

Teléfono: 3103354442

Responsable: Maria elena padilla

Municipio: Chitagá

Departamento: Norte de santander

Acción Social

Powered by CamScanner

NOMBRE: Angel Lionel Delgado padilla. AC 1232377737

DE PROTEJE DE	EDAD	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	NÚMERO DE LOTE	Nº VACUNADORA	FECHA PRÓXIMA CITA	NOMBRE DEL VACUNADOR
TUBERCULOSIS	Recién Nacido	U	16 12 14		113264	Venezolo		
	2° Mes	1ra	19 01 15			Venezolo		
	4° Mes	2da	17 03 15		Venezuela			
	6° Mes	3ra	21 05 15					
	1 año cumplido de la 3ra dosis	1er refuerzo	25 04 16	Biotech	Excelentes	chilaga		Lopez Olguer
	5 Años	2do refuerzo		Soul	Hospital			
HEPATITIS B	Recién Nacido	U	26 01 15		Venezuela			
	2° Mes	1ra	19 03 15		Venezuela			
	4° Mes	2da	17 05 15		Venezuela			
	6° Mes	3ra	21 07 15					
HEMOFILUS INFLUENZA TIPO B (HIB)	2° Mes	1ra	19 03 15					
	4° Mes	2da	17 05 15					
	6° Mes	3ra	21 07 15					
DIFTERIA, TOSFERINA TETANOS (DPT)	2° Mes	1ra	19 03 15		Venezuela			
	4° Mes	2da	17 05 15					
	6° Mes	3ra	21 07 15					
	1 año cumplido de la 3ra dosis	1er refuerzo	25 04 16	Biological	2110021SD	chilaga		Lopez olguer
	5 Años	2do refuerzo		Soul	Hospital			
INFLUENZA (GRIPE)	6 - 11 Meses	1ra	21 11 15		Venezuela			
	Cada año	Anual	25 04 16	Biencuidos	V5021215	chilaga		Lopez olguer
	Cada año	Anual	30 04 16	Biencuidos	V5021215	chilaga		Sandra olguer
FIEBRE AMARILLA	1 Año	Unica	16 12 15	L524G	Venezuela			
	Cada 10 Años	Refuerzo						
SARAMPION - RUBEOLA - PAPERAS (SPR)	1 Año	1ra	16 12 15	0164402	Venezuela			
	5 Años	2da	21 01 21	Bio	0164402	chilaga		
NEUMOCOCO (Neumococcica)	2° Mes	1ra	17 03 15		Venezuela			
	4° Mes	2da	21 05 15					
	6° Mes	3ra	30 07 16	Sanofi's	Aventis	chilaga		Sandra olguer
	1 año cumplido de la 3ra dosis	1er refuerzo						
ROTAVIRUS	2° Mes	1ra	17 03 15		Venezuela			
	4° Mes	2da	17 05 15					
	6° Mes	3ra						
VARICELA	A partir de los 12 Meses	1ra	30 04 16	USO	220124	chilaga		Sandra olguer
		2da	21 01 21	Mva	Soller	chilaga		
HEPATITIS A	A partir de los 12 Meses	1ra	17 05 16	Hawlux	103198	chilaga		Sandra olguer
		2da						
MENINGOCOCO		1ra						
		2da						

Sarampion Rubeola Paperas 21 01 21 Vacunado

VPH. Unica 3a/04/25 Vacunado Hoy Salud

Powered by CamScanner

MinSalud

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: [illegible]

Fecha de nacimiento: 27 OCT. 2015

Nº de certificado de nacido vivo: 1213012

Registro civil: [illegible]

Sexo: M / F

Grupo sanguíneo: O+

Peso al nacer: 1535

Dirección: [illegible]

Teléfono: 3242203393

Responsable: [illegible]

Municipio de residencia: [illegible]

Departamento: [illegible]

C.C 1141519

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

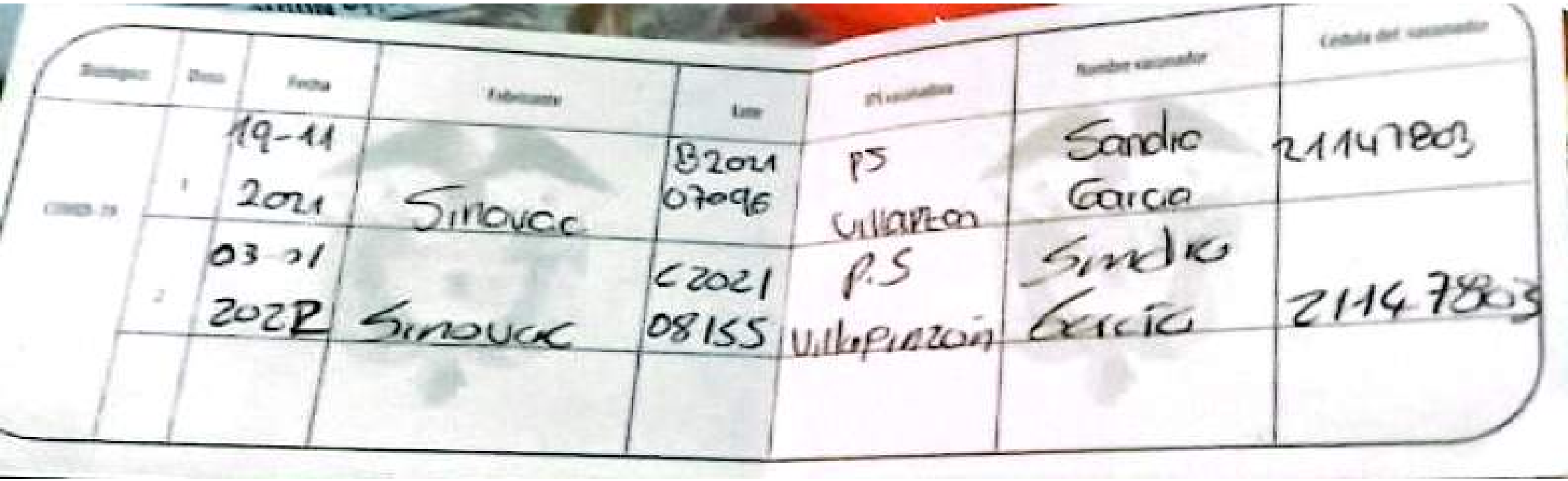
Powered by CamScanner

Nombre: Registro Civil

Edad	Vacuna que debe recibir	Dosis	Fecha de Aplicación (Día Mes Año)	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita (Día Mes Año)	Nombre del Vacunador
	[illegible]	Única						
	Hepatitis B	Recién nacido	28 OCT. 2015	[illegible]				
	[illegible]	Única						
	Polio Oral (VO)	1ª						
2 Meses	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus influenzae Tipo B y Difteria Tosferina Tétanos (DPT)	1ª						
	Rotavirus	1ª						
	Neumococo	1ª						
	[illegible]	Única						
	Polio Oral (VO)	2ª						
4 Meses	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus influenzae Tipo B y Difteria Tosferina Tétanos (DPT)	2ª						
	Rotavirus	2ª						
	Neumococo	2ª						
	* continuar la lactancia materna hasta que cumpla dos años e iniciar alimentación complementaria nutritiva							
6 Meses	Polio Oral (VO)	3ª						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus influenzae Tipo B y Difteria Tosferina Tétanos (DPT)	3ª						
	Influenza	1ª						
7 Meses	Influenza	2ª						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª						
	Fiebre Amarilla	1ª						
12 Meses	Neumococo	Refuerzo						
	Influenza	Anual						
	Hepatitis A	UNICA						
18 Meses	Difteria Tosferina Tétanos (DPT)	1 Refuerzo						
	Polio Oral (VO)	1 Refuerzo						
	Polio Oral (VO)	2ª Refuerzo						
5 Años	Difteria Tosferina Tétanos (DPT)	2ª Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo						
Mujeres 9 Años en Adelante	VPH1	1ª						
	VPH2	2ª						
	VPH3	3ª						
Observaciones	[illegible]							

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



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	Vía vacunación	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
	1	19-11-2021	Sinovac	B2021 07096	PS Vallavicencio	Sandra Garcia	21147803
	2	03-01-2022	Sinovac	C2021 08155	P.S Villavicencio	Sandra Garcia	21147803

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos Thiago Andrey Galvis Muñoz — Tipo de identificación RC — No. ID: 1077152639

Edad	Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
						Lactancia materna exclusiva	Si ☒ No ☐					
Recién Nacido	BCG	Única	30	01	2026	Serum Institute	0374M011	HUSBT				Arabella Lingua
	Hepatitis B	Recién nacido	29	01	2026	Serum Institute	03241013A	HUSBT	15	03	26	Sandra R.
						Lactancia materna exclusiva	Si ☐ No ☐					
2 meses	Poliomielitis	1ª	20	03	2026	Bilthoven	25260034					
	* Pentavalente ☒ ** Hexavalente ☐	1ª	20	03	2026	Serum	2855X002A	ESE IBA Tuluá	20	04	2026	Edith A Giraldo
	Rotavirus	1ª	20	03	2026	GSK	AROLE203AL					
	Neumococo	1ª	20	03	2026	Pfizer	LR6368					
						Lactancia materna exclusiva	Si ☐ No ☐					
4 meses	Poliomielitis	2ª										
	* Pentavalente ☐ ** Hexavalente ☐	2ª										
	Neumococo	2ª										
	Rotavirus	2ª										
						Lactancia materna exclusiva	Si ☐ No ☐					
6 meses	Poliomielitis	3ª										
	* Pentavalente ☐ ** Hexavalente ☐	3ª										
	Influenza estacional	1ª										
7 meses	Influenza estacional	2ª										
12 meses	Sarampión, Rubéola , Paperas	1ª										
	Neumococo	Refuerzo ó 2da dosis										
	Varicela	1ª										
	Hepatitis A	Única										
	***Influenza estacional	Anual										
	****Fiebre Amarilla	Única										
18 meses	Poliomielitis	1er Refuerzo										
	* Pentavalente	1er Refuerzo										
	Sarampión, Rubéola , Paperas	Refuerzo										
5 años	Poliomielitis	2do Refuerzo										
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo										
	Varicela	Refuerzo										
9 A partir de los años	Virus del papiloma humano (VPH)											
Sin rango de edad	Covid-19											
Vacunas complementarias y otras dosis												

* Difteria-Tetanos-Tosferina-Hepatitis B-Haemophilus influenzae tipo b

** Difteria-Tetanos-Tosferina acelular-Hepatitis B-Haemophilus influenzae tipo b ... con peso menor a 1.500 gr.

*** De acuerdo al antecedente de primovacunación

**** A partir de los 9 meses por emergencia sanitaria, por circulación de ...

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 ... materna y complementar con otros alimentos nutrit

Powered by CamScanner