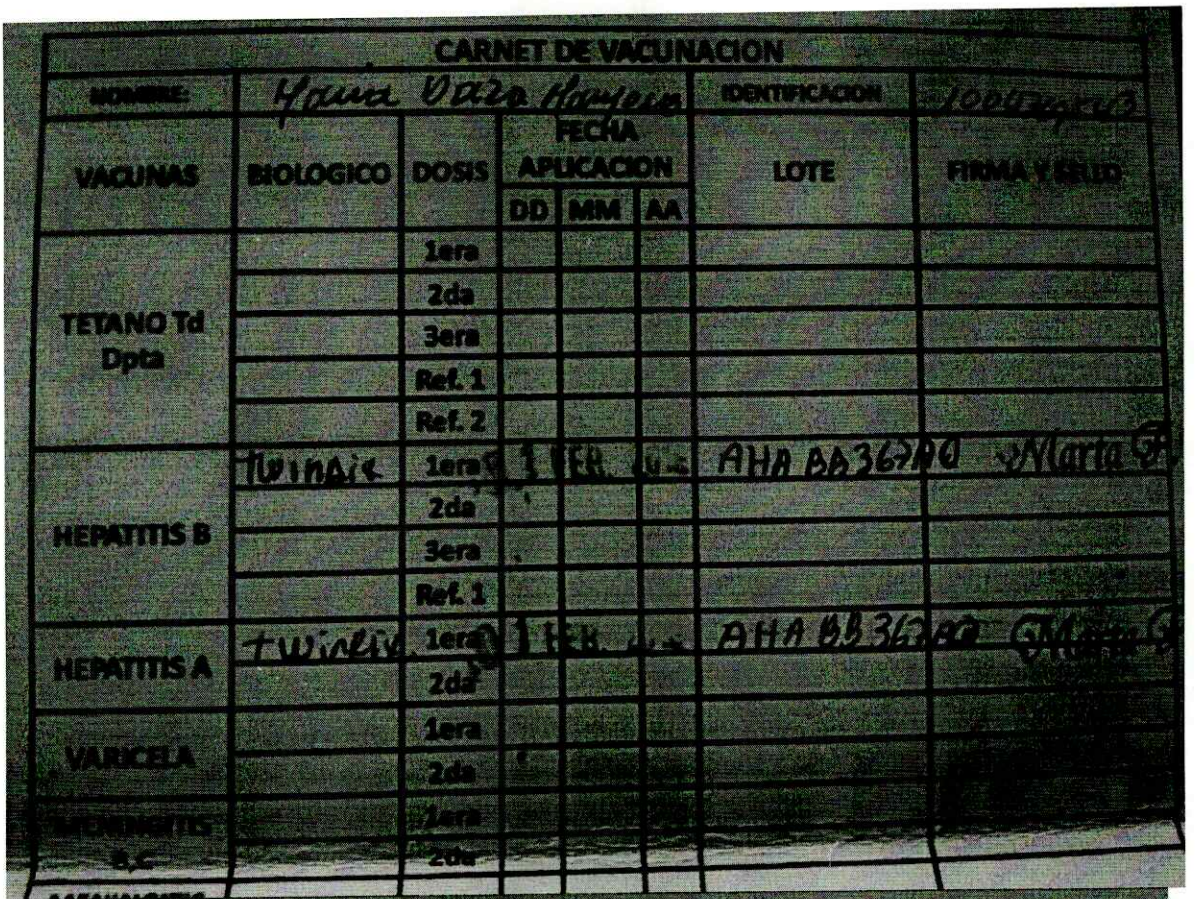


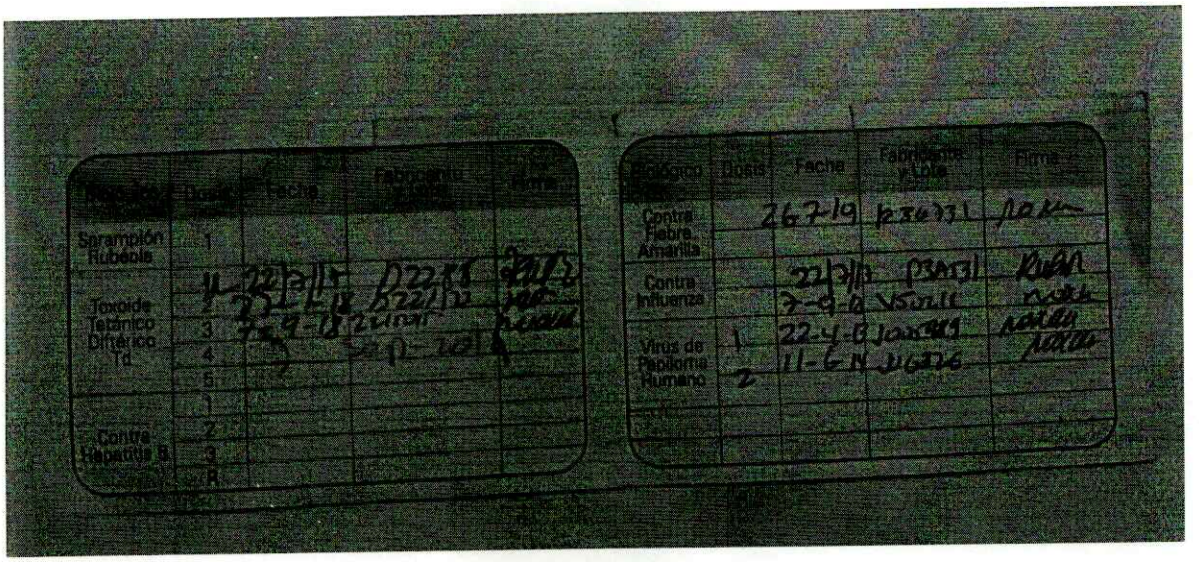
CARNET DE VACUNACION

NOMBRE: Maria Vera Herrera | IDENTIFICACION: 1004[illegible]

VACUNAS	BIOLOGICO	DOSIS	FECHA APLICACION DD	MM	AA	LOTE	FIRMA Y SELLO
TETANO Td Dpta		1era					
		2da					
		3era					
		Ref. 1					
		Ref. 2					
HEPATITIS B	Twinrix	1era	1 FEB			AHABB362AA	Maria
		2da					
		3era					
		Ref. 1					
HEPATITIS A	Twinrix	1era	1 FEB			AHABB362AA	Maria
		2da					
VARICELA		1era					
		2da					
[illegible] B,C		1era					
		2da					

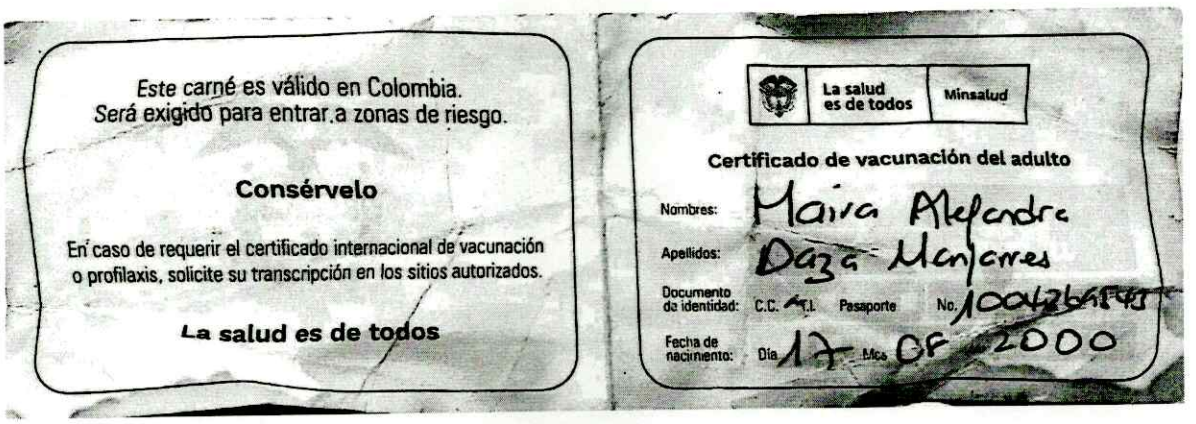
Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				
Hep A	2D	12-8-19	2321	[illegible]



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	Firma
Sarampión Rubeola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	2	22/3/17	B221/22	
	3	7-9-18	B221/22	
	4			
	5			
	6			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla		26-7-19	K36331	
Contra Influenza		22/3/18	P3A131	
		7-9-18	V5111	
Virus de Papiloma Humano	1	22-4-18	J0X981	
	2	11-6-N	J6226	



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

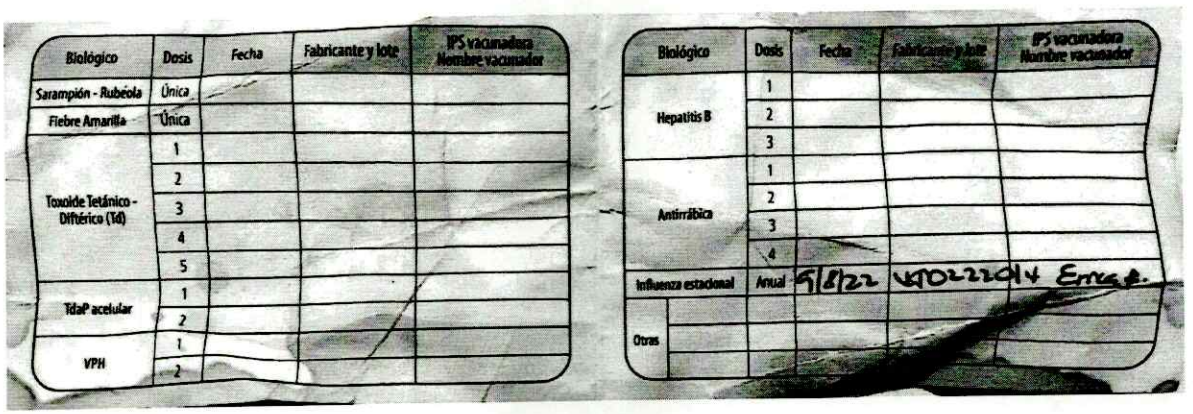
Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Maira Alejandra

Apellidos: Daza Manjarres

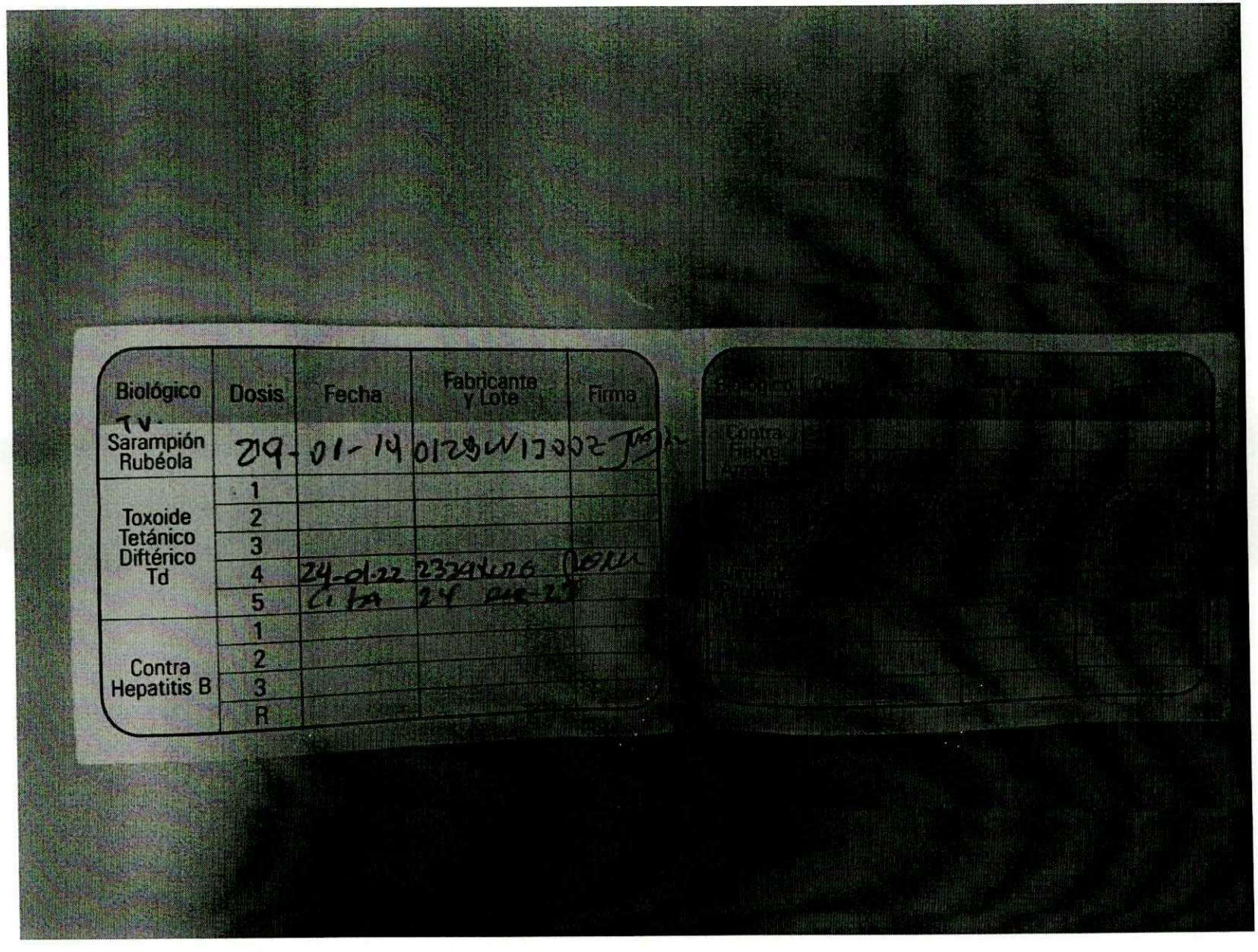
Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 1004264543

Fecha de nacimiento: Día 17 Mes OF 2000



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
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	5/8/22	V4022201A	Enfa.
Otras				

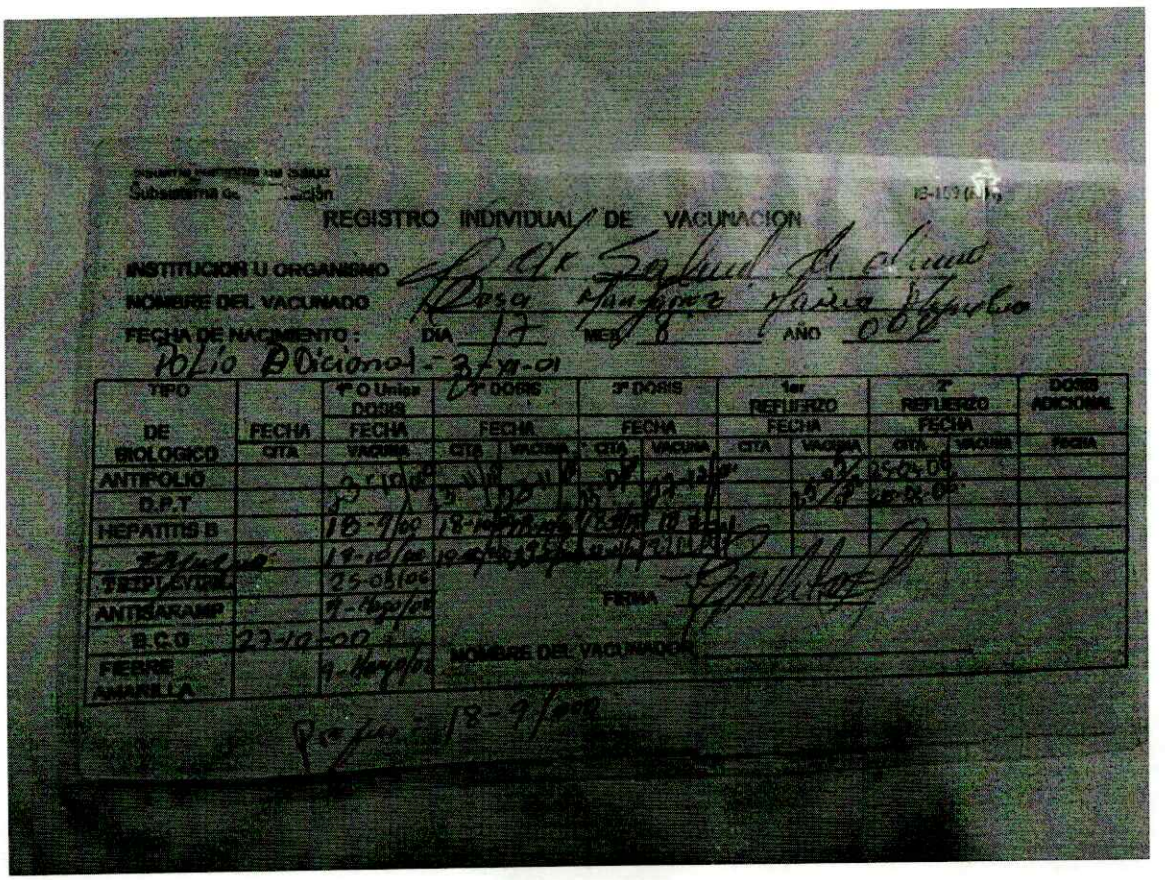


Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
TV-Sarampión Rubéola		19-01-14	0129W17002	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4	24-01-22	2329426	
	5	Citra	24	
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	19-04-2021	Pfizer	ET6924	HUJM B	Erika Aguirre	64869701
	2	10-05-2021 11/5/21	pfizer	EW0195	HUJM B	[illegible] Correa	57170 UBU.
		22 02 22	Pfizer	21 09 63.	San Gabriel	Oarossa Palacios	1004462432

Vacuna contra	Dosis	Fecha	Lote	Firma del Vacunador	Observacion
Hepatitis A	1a				
	2a				
Hepatitis B	1a				
	2a				
	3a				
	Ref.				
DPT	1a				
Influenza B	Anual				
Meningococo	1a				
	2a				
	Ref.				
Mgco. Menactra	Única	02/02/22	U7079AC.	CENTRO DE INMUNOLOGIA	
Neumococo	Única	02/02/22	321EA	DEL CARIBE S.A.S.	
Fiebre Amarilla	20 Años			NIT. 901.195.860-8	
Triple Viral	Ref.				
Tétanos	1a				
	2a				
	3a				
	4a				
Fiebre de Tifoides	Única				
Varicela	1a				
	2a				
Hepatitis A + B	1a				
	2a				
Otras					



Subsistema de ...ción

REGISTRO INDIVIDUAL DE VACUNACION

INSTITUCION U ORGANISMO: Clk Salud Al Clima

NOMBRE DEL VACUNADO: Rosa Manjarrez Varina Zapata

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 17 MES 8 AÑO 08

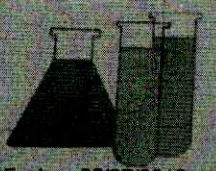
Polio Bicional - 3+x-01

TIPO DE BIOLOGICO	FECHA CITA	1ª O Unica DOSIS FECHA	VACUNA	2ª DOSIS FECHA CITA	VACUNA	3ª DOSIS FECHA CITA	VACUNA	1er REFUERZO FECHA CITA	VACUNA	2º REFUERZO FECHA CITA	VACUNA	DOSIS ADICIONAL FECHA
ANTIPOLIO		9-10-08										
D.P.T		9-10-08										
HEPATITIS B		16-9-08										
BCG		18-10-08										
TRIPLE VIRAL		25-05-09										
ANTIRABICA		9-Mayo-08										
B.C.G		22-12-08										
FIEBRE AMARILLA		9-Mayo-08										

FIRMA

NOMBRE DEL VACUNADOR

Refuerzo: 18-9-2009



LABORATORIO CLINICO BIOLUZ

NIT 900.109.371-2

Calle 22 No. 14-70 Tel: 4317117

Fecha: 25/07/2019 08:13 a.m. SEDE: Principal

Paciente: MAYRA DAZA MANJARRES **Recepción:** 54900 **Sala:** N/A
Edad: 18 A **Sexo:** F **Identificación:** 1004369543 **Fecha rcp:** 23/07/2019 04:39:40 p.m.
Teléfonos: 3006100199 **Médico :** No Asignado
Empresa: Particular

	Resultado	Valores de referencia
1 Acs Ags Hepatitis B	90.0 mIU/mL	

VALORES DE REFERENCIAS:

NEGATIVO < 10 mIU/mL

POSITIVO > 10 mIU/mL

LUZ HELENA CONDE OVIEDO
Laboratorio Clínico
BI
NIT 900 1-2
Tel: 431

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN

Nombre: DAZA MANJARRES MAGDA
Identificacion: CC 1004369543 Tel: 1
Edad: 18 Años 0 Meses 0 Dias Sexo: F
Medico: MEDICOS VARIOS
No. Ordenamiento: 450615

Fecha de recepcion: 25-jul-2019 9:07 am
Fecha de impresion: 29-jul-2019 8:47 am
Empresa: LABORATORIO BIOLUZ LTDA
Sede: REFERENCIA
Fecha Validacion: 27-jul-2019 8:03:00a.m.

Copia

Examenes	Resultados	Valores de Referencia
VARICELA-HERPES ZOSTER VIRUS: Ac. Ig G	15.7	

Metodo: Inmunoensayo Enzimático-ELA

V. de Referencia:
Negativo: Menor de 9.0
Borderline: De 9.0 a 11.0
Positivo: Mayor de 11.0