

Este carnet 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

Libertad y Orden

POR MI Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	<i>Andrés</i>			
Apellidos:	<i>Sanabria</i>			
Documento de Identidad:	CC ☒ TI ☐ PASA ☐ PORTE ☐	No:	<i>3666633</i>	
Fecha de Nacimiento:	Día: ☐ ☐ ☐	Mes: ☐ ☐ ☐	Año: ☐ ☐ ☐	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	<i>13-07-05</i>	<i>GlaxoSmithKline</i>	<i>[Firma]</i>
	1	<i>20-07-05</i>	<i>GlaxoSmithKline</i>	<i>[Firma]</i>
Toxolde Tetánico Diférico Td	2	<i>20-07-05</i>	<i>GlaxoSmithKline</i>	<i>[Firma]</i>
	3	<i>13-07-05</i>	<i>GlaxoSmithKline</i>	<i>[Firma]</i>
	4	<i>06-09-05</i>	<i>GlaxoSmithKline</i>	<i>[Firma]</i>
	5			
Contra Hepatitis B	1	<i>20-07-05</i>	<i>GlaxoSmithKline</i>	<i>[Firma]</i>
	2	<i>20-07-05</i>	<i>GlaxoSmithKline</i>	<i>[Firma]</i>
	3	<i>14-07-05</i>	<i>GlaxoSmithKline</i>	<i>[Firma]</i>

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	<i>16-07-05</i>	<i>GlaxoSmithKline</i>	<i>10 años</i>	<i>[Firma]</i>
Contra Influenza				
Otras				