

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO
IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Al momento de nacer Fecha:

PRIMER CONTROL MÉDICO

Durante el primer mes de vida Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia AIEPI.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

Valor reportado TSH:

Fecha verificación:

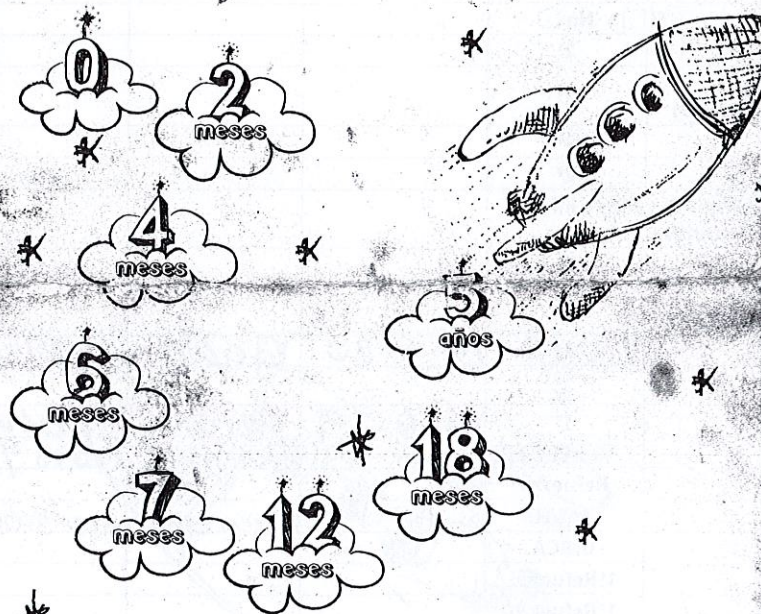
Profesional que verificó:

Exíjalo

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

Edad de aplicación de las vacunas
a los niños y niñas menores de 6 años



- * Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- * En Colombia todos los días son días de vacunación.
- * Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25



MinSalud

Ministerio de Salud
y Protección Social

Vacunas al día,
se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: KAREN STEFANY RODRIGUEZ

Fecha de nacimiento: 14/12/2001

Nº de certificado de nacido vivo: _____

Registro civil: TL 1000458551

Sexo: F

Grupo sanguíneo: A+

Peso al nacer: 2.890 Gramos

Dirección: CL 137 BIS N° 126 A33

Teléfono: 311 800 3598

Responsable: _____

Municipio de residencia: _____

Departamento: _____

Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD
PARA TODOS

Nombre: _____

Registro Civil: _____

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación			Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita			Nombre del Vacunador
			Día	Mes	Año				Día	Mes	Año	
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐										
	Tuberculosis B.C.G.	Única										
	Hepatitis B	Recién nacido										
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐										
	Polio (Oral - IM)	1ª										
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª										
	Rotavirus	1ª										
	Neumococo	1ª										
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐										
	Polio (Oral - IM)	2ª										
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª										
	Rotavirus	2ª										
	Neumococo	2ª										
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.											
	Polio (Oral - IM)	3ª										
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª										
	Influenza	UNICA	17-9-20	Geflo	VB0220015/	3-21	Cofu	Litus Cer				
7 Meses	Influenza	2ª										
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	6-6-19	Serum	01284119/21	CS	Suba 6					
12 Meses	Fiebre Amarilla	UNICA	2-8-19	Sanofi	836739/20	Caps Suba	Suba 6					
	Neumococo	Refuerzo										
	Influenza	ANUAL	2-8-19	Green Cross	1502140063/20	Caps Suba	VACUNACION					
	Hepatitis A	UNICA										
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1º Refuerzo										
	Polio (Oral - IM)	1º Refuerzo										
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo										
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo										
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo										
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª	23 ENE 2019	Glaxo	AMBVC711AF 10/20	compensar	Brandon Bejarano Torres					
	VPH	2ª	11 ABR 2019	Sanofi	UPX18011 9/20	compensar	Gloria Shirley Arenas González					
	VPH	3ª	06 JUN 2019	Glaxo	AMBVC711AF 10/20	compensar	Gloria Shirley Arenas González					
Vacunas complementarias y otras dosis		1	02 FEB 2019	Glaxo	AMBVC711AF 10/20	compensar	Brandon Bejarano Torres					
		2	07 MAR 2019	Glaxo	AMBVC711AF 10/20	compensar	Gloria Shirley Arenas González					
		3	09-9-20	Biología	22150027AC 1/20	compensar	Gloria Shirley Arenas González					
		4	09-9-20	Biología	22150027AC 1/20	compensar	Gloria Shirley Arenas González					
		5	09-9-21	Serum	23386024F/21	Cofu	Prus Edusso					

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.

Refuerzo HB

REF

12 AGO 2020

GSK AHAUS B25BC.

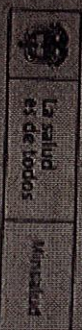
compensar salud

Jessica marín

Biología	País	Fecha	Fabricante	Lote	Registrado	Ventista autorizado	Clasificación
COVID-19		15. III. 2021	Janssen	212 A114	PROTECTOR SAUD S.A.S.	Compañía Nacional de Farmacia	
		04-01-2021	Janssen	2064720	PLAZA DELTA FARMAS	Compañía Nacional de Farmacia	

Mivacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



Mivacuna

Certificado de vacunación

Nombre: Caren Estefany
Apellidos: Kodriguez laundro
Documento de identidad: CC 811

Fecha de nacimiento: Da 14 Mes 12 Años 2001

Nº: 1000.958.351