Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 7b67ab8e-ca4b-44f5-b961-2fcab23123f7

Nombres y apellidos / Full name: **JUAN PABLO MARTINEZ DUQUE**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1036404315**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **08/03/1999**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3117961515**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
COVID SinoVac	Primera	14	7	2021	Sinovac	202106059O	CARMEN DE VIBORAL ESE H. San Juan de Dios	ALINA MARIA ELEJALDE ARANGO
COVID SinoVac	Segunda	19	8	2021	Sinovac	202106059O	CARMEN DE VIBORAL ESE H. San Juan de Dios	ALINA MARIA ELEJALDE ARANGO
COVID SinoVac	Primer Refuerzo	2	2	2022	Sinovac	C202109192	PROSALCO IPS	PAOLA ANDREA QUINTERO ECHAVARRIA

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

Vinculado 0301 N=2. Co OH 8908

ESQUEMA DE VACUNACION

VACUNA	Dosis	FECHA DE VACUNA Dia	Mes	Año	Lote	Nombre del Vacunador	Refuerzo
B.C.G. (Antituberculosis)	U	11	04	99			
Antipoliomielitica	R.N						11-4-99
Cumplidos 10 años	1ª	13	06	99		1-6-02	
	2ª	8	08	99		25.06/2011	190243
	3ª	31	10	99			
D.P.T	1ª	13	06	99		Rel. 25.06/2011	ES30229
(Difteria, Tosferina, Tétanos)	2ª	8	08	99		1-6-02	
	3ª	31	10	99			
Antihepatitis B.	1ª	11	04	99			
	2ª	13	06	99			
	3ª	8	08	99			
Antisarampion	U	5	12	99			
Toxoide Tetanico	1ª						
(Tétanos)	2ª						
	3ª				Antigripol	① 25 AUG 2001	
Toxoide Difterico	1ª					② 21 10-2002	
(Tétanos y Difteria)	2ª					10/01/2014	
	3ª						
Triple Viral (Sar.Pap.Rub.)	U						4 5 004
Antifiebre Amarrilla	U	26-3-2000					
Meningo-BC	1ª						
(Meningococo)	2ª						
Hlb	1ª	13	06	99			
(Hemofilus Influenza)	2ª	8	08	99			
	3ª	14	05	2000			
Rubeola	1	11	04	99	Luz Elena		
C.C. 21.664.246							

Sarampion 1-6-02 S.R. 22-04-06

S.R. 200

SR: 08/03/2012.

5434343 Ext: 06

HHA-47

Todo niño vacunado está protegido contra enfermedades graves.

Después de la vacunación, el niño puede presentar reacciones normales como fiebre, dolor y brote. Estas reacciones son normales y significan que el niño está produciendo defensas contra las enfermedades para las que fue vacunado.

Algunos niños no presentan reacciones.

Estas reacciones son individuales. Cada niño presenta signos y síntomas diferentes.

"En caso de presentarse una reacción distinta a las anteriores, consulte en el lugar donde le aplicaron las vacunas."

CONSERVE ESTE CARNÉ.
SE REQUIERE PARA UN BUEN CONTROL DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN.

Presentelo cuando acuda a cualquier Institución de Salud.

DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

CARNÉ INDIVIDUAL DE VACUNACIÓN

Jean Pablo Martinez Duque

NOMBRE DEL VACUNADO

	Dia	Mes	Año
FECHA DE NACIMIENTO:	8	03	99

INSTITUCION: E.S.E Hospital

MUNICIPIO: San Francisco

CARNÉ NÚMERO: SI-A4

ZONA: SECTOR: AREA:

Su próxima cita es: _____

(con lápiz)