Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

Instituto Nacional de Salud

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Isabel Cristina
Apellidos:	Rivera Cortes
Documentos de Identidad:	CC [X] TI [ ] PASAPORTE [ ] No: 1007102357
Fecha de Nacimiento:	Día: 04 Mes: 07 Año: 2001.

41

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis (B) A+B	1	31/8/2023	AHABB451AA	Comfama.
	2	31/Sept/2023		
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				
Neumo 23	31/8/2023	X017810		Comfama.

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

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				
Varicela (1)	28 SEP. 2023	X009075	CALI	
(2)	28 diciembre 2023			

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Libertad y Orden

Ministerio de Protección Social
República de Colombia

Instituto Nacional de Salud

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Isabel Cristina		
Apellidos:	Rivera Cortes		
Documentos de Identidad:	CC [X] TI [ ] PASAPORTE [ ]	No.	1007102757
Fecha de Nacimiento:	Día: 04 Mes: 07 Año: 2001		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	27-10-21	Jansen y Jansen	203F21A	ESE H.I.R.G Urrao	Elkin ceballos	71.714.676
	2						

E.S.E
HOSPITAL IVAN RESTREPO GÓMEZ
VACUNACIÓN
Urrao (Ant.)

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Isabel Cristina.

Apellidos: Rivera Cortes

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1.007.102.757

Fecha de nacimiento: Día 04 Mes 07 Año 2001

SR 2010
MES: 06

Todo niño vacunado está protegido contra enfermedades graves.

Después de la vacunación, el niño puede presentar reacciones 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

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Hospital Gérman Vélez Gutiérrez
Betulia - Antioquia

T.I= 1007102757

CARNÉ INDIVIDUAL DE VACUNACIÒN

Isabel Cristina
Rivera NOMBRE DEL VACUNADO
Cortez
APELLIDOS

FECHA DE NACIMIENTO: Día 04 Mes 07 Año 01

CARNÉ NÚMERO: 847-31073

HISTORIA CLINICA:

ZONA: SECTOR: AREA:

SR. 2005 SR-V.O.P. 22-4-06

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	Dosis	FECHA DE VACUNA Día	Mes	Año	Lote	Nombre del vacunador	Refuerzo
B.C.G. (Antituberculosis)	U	14	07	01		glados	
Antipoliomielítica	R.N	14	07	01		glados	
	1ª	15	09	01		glados	17-02-03
	2ª	17	09	01		Ana L.	19.7.06
	3ª	19	01	02			
D.P.T. (Difteria, Tosferina, Tétanos)	1ª	15	09	01		Ana L	13.02.03
	2ª	17	11	01			19.07.06
	3ª	19	01	02			
Antihepatitis B	1ª	14	07	01		glados	
	2ª	15	09	01		Ana L	
	3ª	19	01	02			
Antisarampion	U	11	9	02		Luz Mary	
Toxoide Tetánica (Tétanos)	1ª						
	2ª						
	3ª						
Toxoide Diftérico (Tétanos y Difteria)	1ª						
	2ª						
	3ª						
Triple Viral (Sar. Pap. Rub.)	U	29	7	02		audrea	
Antifiebre Amarilla	U	12	04	05	1092	MARY.	
Meningo-Bc (Meningococo)	1ª						
	2ª						
Hlb (Hemofilus Influenza)	1ª	17	11	01			
	2ª	19	01	02			