PUEBLO PUEBLO



ALCALDIA DE CIENAGA
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL
PLAN DE ATENCION BASICA
2004 - 2007

ALCALDIA DE CIENAGA
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

CARNET DE VACUNACION

Nombre: MAYUMI HERNANDEZ BOOH

Fecha de Nacimiento Dia ____ Mes ____ Año ____

Puesto de Vacunación: Hosp. San Cristobal

Dirección de Residencia: T. 421 44 54

Afiliado a: SISBEN [ ] ARS [ ] EPS. [ ]

Nombre Entidad de Salud ____

Plan de Atención Básica 2004 - 2007
Programa de Promoción y Prevención

| TIPOS DE BIOLÓGICOS | Recién Nacidos Fecha de apl. | 1era Dosis 2° Mes Fecha de apl. | 2da Dosis 4° Mes Fecha de apl. | 3ra Dosis 6° Mes Fecha de apl. | 18 Meses Fecha de apl. | 5 Años Fecha de apl. | Adicional Fecha de apl. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B.C.G. | | | | | | | |
| ANTIPOLIO O.P.V. | X | | | | | | |
| HEPATITIS | X | 13-X-04 | 23-XI-04 | 23-XII-04 | | | |
| PENTAVALENTE H.I.B. | X | X | X | X | | | |
| TRIPLE VIRAL | X | X | X | X | | | |
| T.D. | X | X | X | X | | | |
| F.A. | X | X | X | X | | | |
| AMARILLA | X | X | X | X | | | |

CITA: el 26 DIC

Nombre de la Vacunadora

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.

Libertad y Orden

*POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO*

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Mayumi

Apellidos: Hernandez Boon

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 26 670001

Fecha de Nacimiento: Día 15 Mes 02 Año 1978

| 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 | Unica | 29 SEP 2016 | M1009 17 | Victor Nuevo Tecnico Tercero. |
| | | | USS Fontibon | |
| Contra Influenza | | | | |
| Virus de Papiloma Humano | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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.

Libertad y Orden

*POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO*

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

| | |
|---|---|
| Nombres: | Mayumi |
| Apellidos: | Hernandez Boon. |
| Documento de identidad: | C.C. X T.I. Pasaporte No. 26670001 |
| Fecha de Nacimiento: | Día 13 Mes 02 Año 1978 |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | 1 | 19-02-19 | Serum 0128N342 | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | 26-08-19 | 2201501517B | |
| | 2 | 30-09-19 | 2201501517B | |
| | 3 | 30-03-20 | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | R | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | | | | |
| Contra Influenza | | 26-08-19 | Sanofi T3A931V | |
| Virus de Papiloma Humano | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| S.R | 2 | 21-03-19 | Serum 0128N342 | |