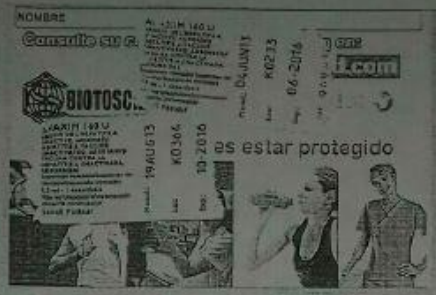
PBX:
211 9289
Cel:310 237 1397

AL SEDE RESTREPO
502 Carrera 17 No. 12-45 sur local 305
salud@etb.net.co
inmunosalud.com



VACUNA	DOSIS	LOTE	APLICACION	VACUNADOR
INFLUENZA	UNICA	P3A53	4-07-2014	
VARICELA	UNICA			
ANTIAMARILICA	UNICA	Sanofi K0235	10-03-15	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	2-05-13	Serum D2N1018	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	5-02-2014	02AC1015C	
	2	12-03-14	02AC1015C	
	3	19 SET. 2014	02AC1015C	
	4	06-04-15	D2229	
	5	7-02-17	D2288	
Contra Hepatitis B	1	12-03-14	SIAG1102	
	2	26-06-14	AHBVC328AC	
	3	19 SET. 2014		
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	Unica	2-05-13	Biomanguinhos 1194/FOC382	
Contra Influenza		26-06-14	Sanofi	
		11-06-15	Sanofi	
Virus de Papiloma Humano				
		MMR: 1-02-2014	03MR0338	
		Varicela: 01-02-2014	SIG1216	
		Fiebre Amarilla: 5		
		VARICELA: 12-03-14 - SIG1216		

FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
19 SEP 2014	
10 MAR. 2015	

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Consulte su certificado de vacunación en:
www.inmunosalud.com

NIT 901174152-5
CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 1106177301
CODIGO DE PRESTADOR SEDE RESTREPO 1106177302

NOMBRES: Garcia Lara Gloria Edith
DOCUMENTO: 1'071164890
TELEFONO:

VACUNA	DOSIS APLICADA	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
TOTEANICO DIFTERICO	1DOSIS			
	2DOSIS			
	3DOSIS			
	4DOSIS			
	REFUERZO			
TRIPLE VIRAL	1DOSIS			
	2DOSIS			

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.

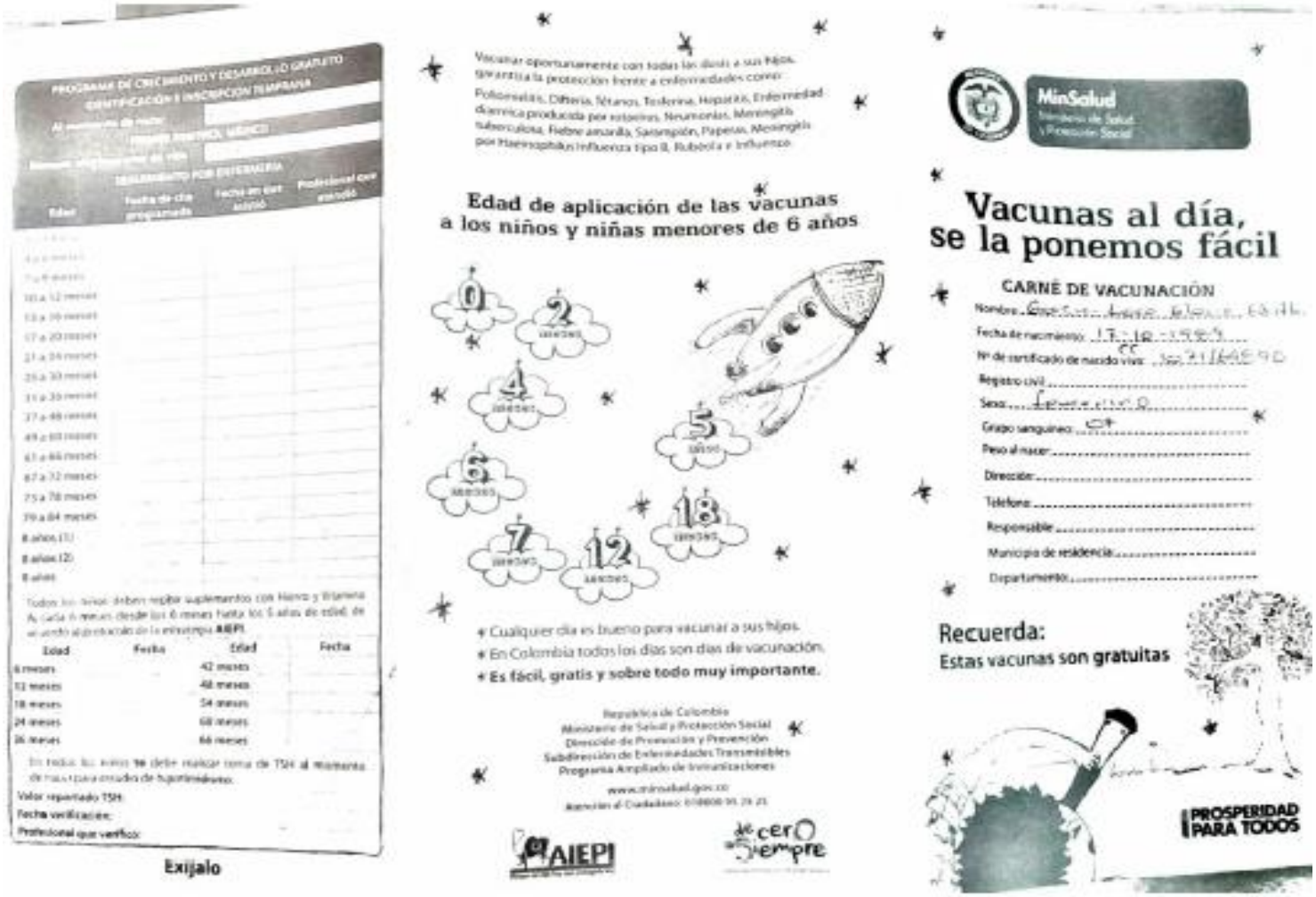
POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Gloria Edith
Apellidos: Garcia Lara
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1071164890
Fecha de Nacimiento: Dia 17 Mes 10 Año 1989



PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO
IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Edad	Fecha de cita vacunación	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
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)			
8 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo a 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 hacer la prueba de Tuberculina.

Valor reportado TSH:
Fecha verificación:
Profesional que verifico:

Exijalo

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, Rubeola 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 22 22

AIEPI

de cero a siempre

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

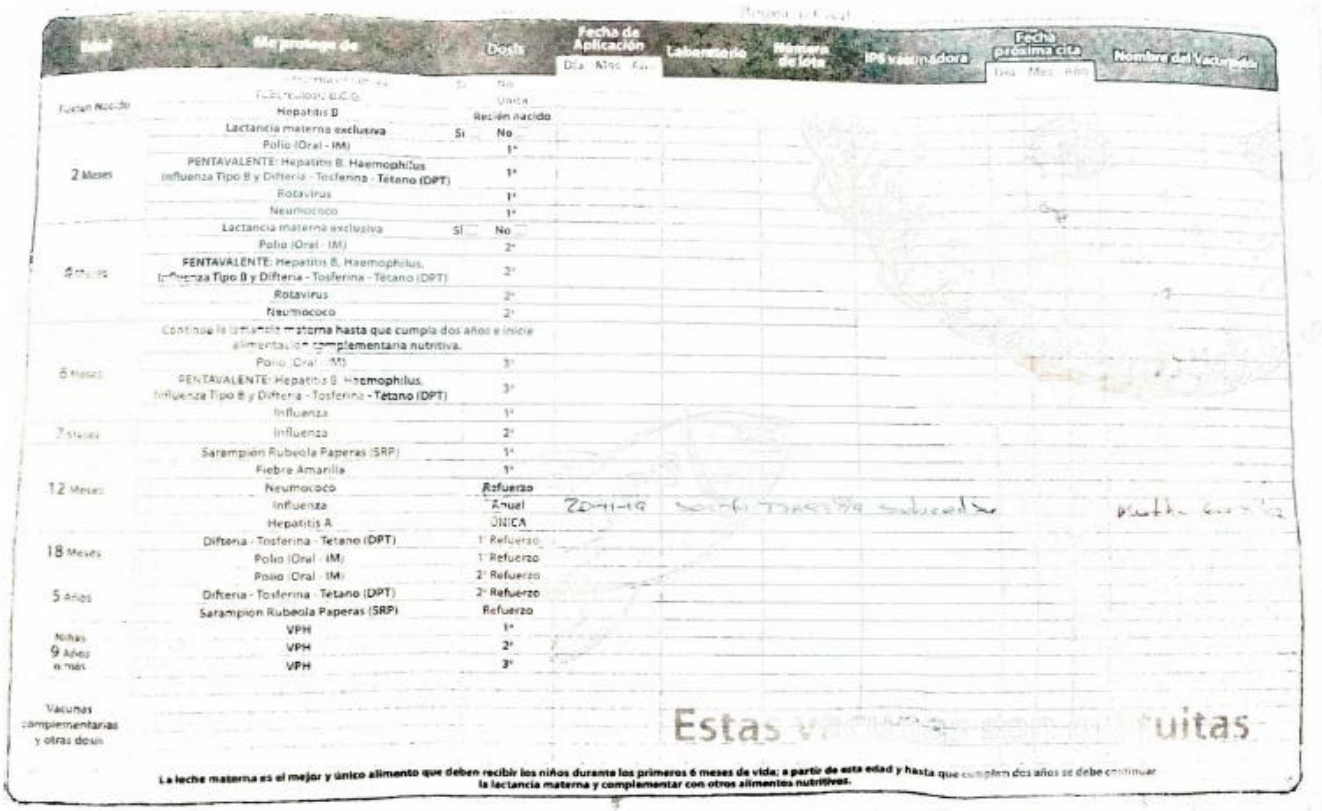
Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: [illegible]
Fecha de nacimiento: 17-12-1993
Nº de certificado de nacido vivo: CC [illegible]
Registro civil:
Sexo: [illegible]
Grado sanguíneo: O+
Peso al nacer:
Dirección:
Teléfono:
Responsable:
Municipio de residencia:
Departamento:

Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas

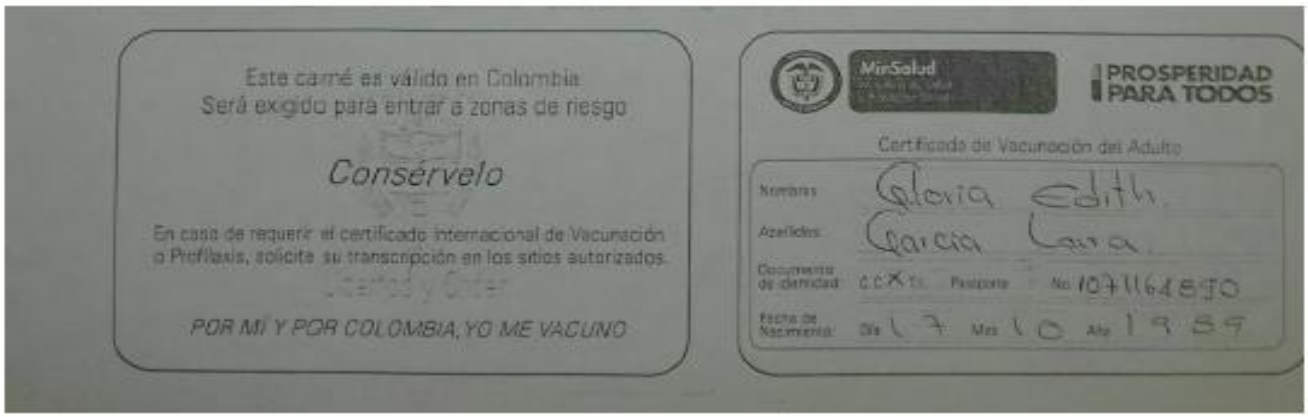
PROSPERIDAD PARA TODOS



Edad	Debe proteger de		Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recien Nacido	Tuberculosis B.C.G.		Unica						
	Hepatitis B		Recién nacido						
	Lactancia materna exclusiva	Si No							
2 Meses	Polio (Oral - IM)		1ª						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1ª						
	Rotavirus		1ª						
	Neumococo		1ª						
	Lactancia materna exclusiva	Si No							
4 Meses	Polio (Oral - IM)		2ª						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2ª						
	Rotavirus		2ª						
	Neumococo		2ª						
	Continue la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.								
6 Meses	Polio (Oral - IM)		3ª						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		3ª						
	Influenza		1ª						
7 Meses	Influenza		2ª						
	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)		1ª						
	Fiebre Amarilla		1ª						
12 Meses	Neumococo		Refuerzo						
	Influenza		Anual	2021-19					
	Hepatitis A		ÚNICA						
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1° Refuerzo						
	Polio (Oral - IM)		1° Refuerzo						
	Polio (Oral - IM)		2° Refuerzo						
5 Años	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2° Refuerzo						
	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)		Refuerzo						
Niñas 9 Años o más	VPH		1ª						
	VPH		2ª						
	VPH		3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis									

Estas v... ...uitas

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.



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.

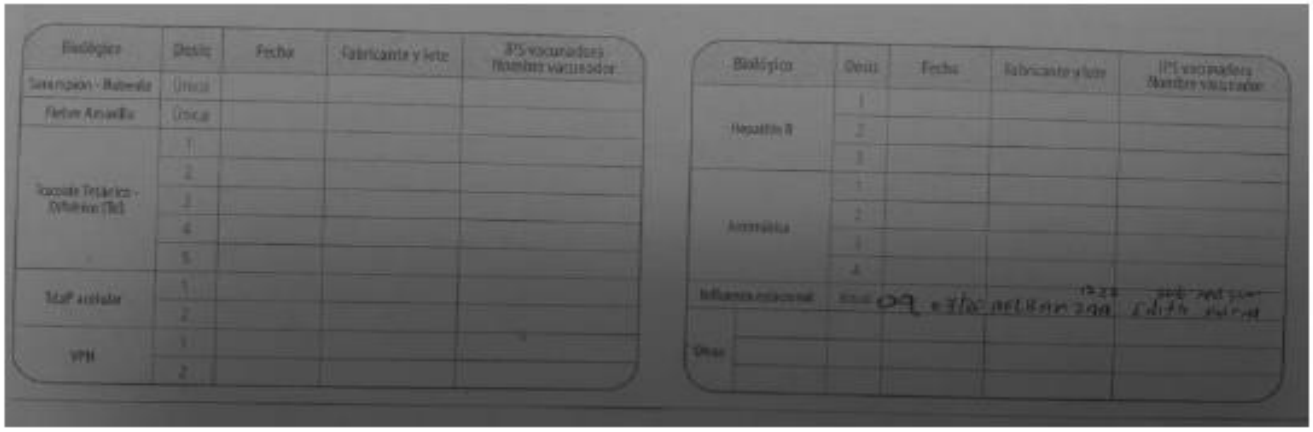
POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Gloria Edith
Apellidos: García Lara
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1071164890
Fecha de Nacimiento: Día 17 Mes 10 Año 1989



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Tdap acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Amarílica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	09 [illegible]	13 22	[illegible]
Otras				