

Certificado internacional de vacunación o profilaxis

Reglamento sanitario internacional

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE LA INOCULACIÓN O DE LA PROFILAXIS CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE		INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS	
Certifique que: <u>Maria Fernanda Arcoz Jimenez</u> <small>This is to certify that (name) / (Nom certifier que) (nom)</small> Fecha de nacimiento Sexo Nacionalidad <u>92-12-13</u> <u>Femenina</u> <u>Colombiana</u> <small>date of birth (date) is</small> <small>Sex</small> <small>Nationality</small> Documento nacional de identificación <u>4136824880</u> <small>national identification document / document d'identification nationale</small>		Cuya firma aparece a continuación: <u>Maria Fernanda Arcoz Jimenez</u> <small>whose signature follows / dont la signature suit</small> En la fecha indicada ha sido vacunado o recibido profilaxis contra: has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against: a été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre: <u>Fiebre Amarilla</u> <small>in accordance with the International Health Regulations / conformément au Règlement sanitaire international</small>	
Vacuna o profilaxis	Fecha	Firma y título del profesional que supervisa la aplicación	Fabricante y número de lote de la vacuna o profilaxis
vaccine or prophylaxis	Date	Signature and professional status of supervising clinician	Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis
Vacuna o profilaxis	Fecha	Firma y título del profesional responsable	Fabricante y número de lote de la vacuna o profilaxis
vaccine or prophylaxis	Date	Signature and professional status of responsible person	Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis

4

Certificado internacional de vacunación o profilaxis

Reglamento sanitario internacional

OTRAS VACUNACIONES		OTHER VACCINATIONS / AUTRES VACCINATIONS	
Nombre de la enfermedad	Fecha	Fabricante y número de lote de la vacuna	Firma y título del profesional que supervisa la aplicación
Disease (disease)	Date	Manufacturer batch number and batch no. of vaccine	Signature and professional status of supervising clinician
Fiebre Amarilla	28-01-2012		
	12-09-17	D2294718 Intenza	Lopez Suba Larmer, L-274
	12-12-2012		

Clinica Colsonitas P.A.
ORGANIZACIÓN COLOMBIANA DE INTERNET

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN DEL ADULTO

Nombre: Mario Fernando

Apellidos: Arcoz Jimenez

Documento de identidad: ☐ TI ☒ CC ☐ PA No 4136824880

Fecha de nacimiento: 13 12 1992
DD MM AAAA

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Firma y título del profesional
DPTa Celular	04 JUN 2012	ADACEL	
Fiebre Tifoidea			
Influenza			

LA HEPATITIS "B" ES UNA ENFERMEDAD MORTAL ALTAMENTE CONTAGIOSA!

FORMAS DE TRANSMISIÓN

- ORINA
- SUDOR
- SALIVA
- LAGRIMAS
- HERIDAS ABIERTAS
- RELACIONES SEXUALES
- TRANSFUSIONES DE SANGRE
- MADRES INFECTADAS POR EL VIRUS AL R. N.

PROXIMA CITA

NOTA: Si no puede vacunarse en esta fecha deberá hacerlo únicamente el día Lunes de 10:00 a. m. a 5:00 p. m. en la FUNDACION PREVENIR

CITA 12-02-2016

VACUNA PARA NIÑOS Y ADULTOS

DOSIS

PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	REFUERZO
07 AGO. 2010	19 SET. 2010	23 ENE. 2011	5 AÑOS DESPUES

SE RECOMIENDA SEGUIR EL PROGRAMA DE VACUNACIÓN CON ENGERIX B

DOSIS APLICADAS: XXX

RECOMIENDA QUE SE SIGA LAS DOSIS GARANTIAN LA PROTECCIÓN COMPLETA CONTRA LA "HEPATITIS B"

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	1-09-2005	30201	Jimenez C.
Toxide Tetánico Difterico Td	1	28 ENE 2012	201200000	
	2	28-02-2012		
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				