

ESQUEMA ANTIRRÁBICO			
No. DOSIS	No. DÍA	FECHA	FIRMA
1a.	0		
2a.	3		
3a.	7		
4a.	14		
5a.	28		
1a.	0		
2a.	7		
3a.	28		
Refuerzo	1 año		
Refuerzo	3 años		
OTRAS	Prueba de Tuberculina	1a. Dosis	
		2a. Dosis	
		3a. Dosis	
		Gamaglobulina	
	Suero Antiofídico		
	Suero Antirrábico		
Anotaciones Especiales			

Cruz Roja Colombiana

Seccional Cundinamarca y Bogotá, D.C.

S.A.M.U.

Teléfono: 746 0909 Ext. 400 y 405 Bogotá
www.cruzrojabogota.org.co



258743

CARNET DE VACUNACIÓN NACIONAL

NOMBRE: Abel Cruz Romero
FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: M
TELÉFONO: _____

Sv004

VACUNAS		FECHA	FIRMA
T.D.	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	Refuerzo		
TETANO	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	Refuerzo		
FIEBRE AMARILLA			
LOTE No. (Válida por 10 Años)			
FIEBRE TIFOIDEA			
NEUMOCOCCO CONJUGADO	1a		
	2a		
	3a		
	4a		
NEUMOCOCCO POLISACARIDO	1a		
	Refuerzo		
HEPATITIS "A"	1a		
	2a		
VARICELA	1a		
	2a		
INFLUENZA (GRIPE)	1a		
	2a		
	3a		