

OTRAS VACUNACIONES

Nombre de la enfermedad	Fecha	Fecha de la próxima dosis (fecha)	Nombre y número del lote de la vacuna	Firma y título del profesional que supervisa la aplicación
Disease targeted	Date	Next booster (date)	Manufacturer, brand name and batch no. of vaccine	Signature and professional status of supervising clinician
Maladie visée	Date	Prochain rappel (date)	Fabricant du vaccin, marque et numéro du lot	Signature et titre du clinicien responsable
HAZ	22/9/16		630961	 Denis Iosadei 49 777 15 Enfermero Minsalud
Opta	22/9/16		CORTA6	
H.B	22 SEP 2016		1434025	
Influenza	21-11-2016		VS0116031	


 La salud es de todos Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombre: **ADMed**
 Apellidos: **RICO ortiz**
 Documento de identidad: **C.C.X.T.I. Pasaporte PEP otro cusi**
 No. **7709267**
 Fecha de nacimiento: Día **26** Mes **12** Año **1977**

Indicador	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IP vacunador	Nombre vacunador	Unidad del vacunador
1	13-07		Pfizer	EXP186	ESE	Denis	55197165
2	26-11-2011		Pfizer	1118226	CEO	Iosadei	
					HICA	Yimay	1122211751
					PALCAPO		