

**Carnet único de vacunación
contra el SARS CoV2
(COVID-19)**
MAYORES DE 18 AÑOS

Nombre y Apellido TECHERA RUBEN.

Fecha de Nacimiento _____ DNI 31134533

Teléfono _____

Domicilio _____

Localidad 25 de Mayo Provincia LP

Motivo de indicación de vacuna _____

Es importante completar el esquema con la misma marca de vacuna con que lo iniciaste.
No olvides presentar tu carnet cuando te

Nombre y Apellido: _____

IMPORTANTE

- Si posterior a la vacunación Ud. presenta algún síntoma, consulte al centro de salud y muestre este carnet.
- Para consultas sobre las vacunas contra COVID-19 comunicarse a la línea 120.

• El tiempo entre las dos dosis de la vacuna es el intervalo mínimo. Para lograr la máxima protección se debe completar el esquema de dos dosis, aunque transcurran más días que el intervalo mínimo.

VACUNA	DOSIS	FECHA	LOTE	VACUNADOR O CENTRO DE VACUNACIÓN (firma y sello)	OBSERVACIONES
Marca SINOPHARM	1 ^a	<u>13/07/21</u>	<u>202106 B1243</u>	<u>Alberto Ibaceta</u> M.P.:1008 Sector Vacunación HOSPITAL 25 DE MAYO (L.P.)	próxima vacunación a partir de <u>10/08/21</u>
Marca SINOPHARM	2 ^a	<u>24/08/21</u>	<u>202107 B1802</u>	<u>Alberto Ibaceta</u> M.P.:1008 Sector Vacunación HOSPITAL 25 DE MAYO (L.P.)	
Marca MODERNA		<u>07/02/22</u>	<u>940920</u>	<u>Virginia Medero</u> M.P.:2773 Sector Vacunación HOSPITAL 25 DE MAYO (L.P.)	próxima vacunación a partir de <u>07/02/22</u>
	2 ^a				

OBSERVACIONES: _____