

Carnet único de vacunación contra el SARS CoV2 (COVID-19)

MAYORES DE 18 AÑOS

Nombre y Apellido Anzoategui Miguel
 Fecha de Nacimiento 04/07/85 DNI 31.777.906
 Teléfono _____
 Domicilio Mangua 656
 Localidad 1 Catriel Provincia R.N
 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 acerques para recibir la segunda dosis.

argentina.gob.ar/salud
Línea 120

Dirección de Control
de Enfermedades
Imunoprevenibles
Ministerio de Salud
Argentina

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 <u>AstraZeneca</u>	1°	<u>4.6.21</u>	<u>#0008</u>	<u>SEPULVEDA GRISNERI</u> AUXILIAR DE ENFERMERIA	próxima vacunación a partir de <u>4.7.21</u>
	2°	<u>31/7/21</u>	<u>NJO 186</u>	<u>Maria Soledad Huaracan</u> Auxiliar de Enfermería M.P. 8244 soin-20-madms@hotmail.com	
Marca <u>Pfizer</u>	1°	<u>6/01/22</u>	<u>FK0892</u>	<u>SEPULVEDA GRISNERI</u> AUXILIAR DE ENFERMERIA MAT. N° 4257	próxima vacunación a partir de _____
	2°				

OBSERVACIONES: