

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

Nombre y Apellido Darín Nicolas

Fecha de Nacimiento 16-7-81 DNI 28981124

Teléfono _____

Domicilio TEHUEICHES 871

Localidad C.S. Provincia RN

Motivo de indicación de vacuna F.R.

! 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 Inmunoprevencibles

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>ASTRA</u> <u>ZENECA</u>	1 ^a <u>X</u>	<u>28-6-21</u>	<u>44534</u>	<u>MESSA MARIA ELENA</u> U.C. ENFERMERIA M.P. N° 4063	próxima vacunación a partir de <u>26-1-21</u>
	2 ^a <u>X</u>	<u>30/08/21</u>	<u>44786</u>	<u>MESSA MARIA ELENA</u> U.C. ENFERMERIA M.P. N° 4063	
Marca <u>Pfizer</u>	1 ^a <u>X</u>	<u>21/1/22</u>	<u>#N1672</u>	<u>CINCO SALIOS</u> Ciudad Mónica Aut. en Enfermería M.P. N° 4063	próxima vacunación a partir de _____/_____/____
	2 ^a				

OBSERVACIONES:

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>ASTRA</u> <u>ZENECA</u>	1 ^a <u>X</u>	<u>28-6-21</u>	<u>44534</u>	<u>MESSA MARIA ELENA</u> U.C. ENFERMERIA M.P. N° 4063	próxima vacunación a partir de <u>26-1-21</u>
	2 ^a <u>X</u>	<u>30/08/21</u>	<u>44786</u>	<u>MESSA MARIA ELENA</u> U.C. ENFERMERIA M.P. N° 4063	
Marca <u>Pfizer</u>	1 ^a <u>X</u>	<u>21/1/22</u>	<u>#N1672</u>	<u>CINCO SALIOS</u> Ciudad Mónica Aut. en Enfermería M.P. N° 4063	próxima vacunación a partir de _____/_____/____
<u>Pfizer</u> <u>Priorix</u>	2 ^a <u>to</u>	<u>04.02.23</u>	<u>672544</u>	<u>VACUNATORIO COVID-19</u> HOSPITAL AREA PRIVADA <u>CINCO SALIOS</u>	<u>04.06.23</u>

OBSERVACIONES: