

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

MAYORES DE 18 AÑOS

Nombre y Apellido Guala Maximiliano

Fecha de Nacimiento 8/10/88 DNI 33.823.556

Teléfono _____

Domicilio Pedro Ramos 528

Localidad CS Provincia BN

Motivo de indicación de vacuna 18 - 59 5/12

! 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 Infecciosas y Vacunas
 Ministerio de Salud
 Argentina

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>Astacenza</u>	1 ^a x	<u>01/07/21</u>	<u>NH0335</u>	 <u>MESSA MARIA ELENA</u> LIC. ENFERMERA M.P. BN 4092	próxima vacunación a partir de <u>29/07/21</u>
Marca <u>Astrazene</u>	2 ^a x	<u>07/09/21</u>	<u>Y80225</u>		
Marca <u>Pfizer</u>	3 ^a	<u>07-02-23</u>	<u>GJ2544</u>	VACUNATORIO COVID-19 HOSP. TALCORA PROGRAMA CINCO SALTOS	próxima vacunación a partir de <u>07.06.23</u>
Marca <u>BioCrinale</u>	2 ^a				

OBSERVACIONES:
