

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

MAYORES DE 18 AÑOS

Nombre y Apellido Escobez, Leonardo E.

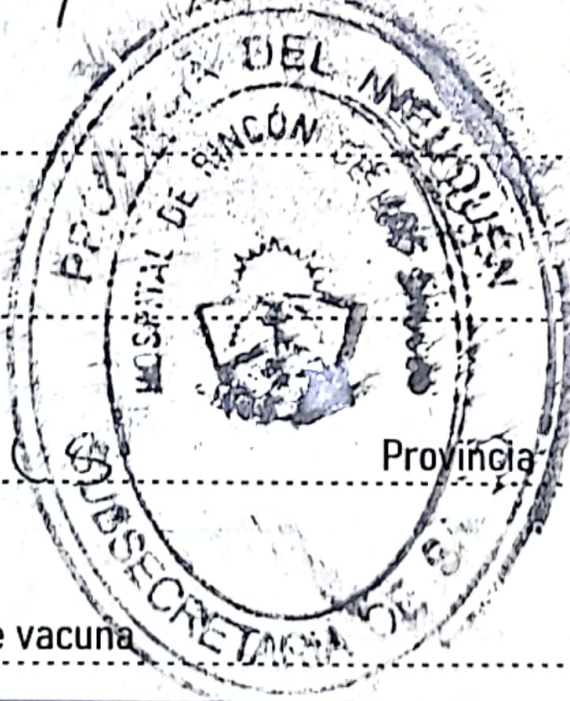
Fecha de Nacimiento 18/07/86 DNI 32385600

Teléfono _____

Domicilio _____

Localidad RDCS Provincia NQN

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
Inmunoprevenibles



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 VACUNACION (Firma y sello)	OBSERVACIONES
Marca <u>Astrazeneca</u>	1º ✓	18/06/21	77534	 ARCS los	
	2º ✓	14/09/21	NK0225		
Marca <u>Pfizer</u>	3.	8-1-23.	seLy6.		
	2º			Quintana Roo LIC ENFERMERA PROFESIONAL MAT PROV 1734	

OBSERVACIONES: