

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

Nombre y Apellido Pérez Andres Cesar Domingop

Fecha de Nacimiento 08-02-1987 DNI 32550326

Teléfono _____

Domicilio Amsterdam 924

Localidad Coteiel Provincia Rio Negro

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 Inmunoprevención
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>Astro Zeneer</u>	①	<u>3-7-21</u>	<u>H40 335</u>	<u>Moyano Silvia 13344</u>	próxima vacunación a partir de <u>3 / 7 / 21</u>
	②	<u>21.10.21</u>	<u>PV 20094</u>	SEPULVEDA GRILLO Auxiliar de Enfermería MAT N° 4257	
Marca <u>Pfizer</u>	③	<u>22/6/22</u>	<u>FN 16421</u>	<u>[Firma]</u>	próxima vacunación a partir de <u>22 / 10 / 22</u>
<u>Moderna</u>	④	<u>15/02/23</u>	<u>0481222</u>	<u>[Firma]</u>	<u>15/6/23</u>

OBSERVACIONES:
