

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

MAYORES DE 18 AÑOS

Nombre y Apellido Vicente Gustavo Ariel

Fecha de Nacimiento 19/01/83 DNI 22836701

Teléfono _____

Domicilio _____

Localidad M. Moreno Provincia Buenos Aires

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.

Provincia del Neuquén
Hospital Mariano Moreno

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>	<u>1</u>	<u>25/06/21</u>	<u>NH0303</u>	<u>Sambanza Gladys</u> Asesora Educadora M.R. 1391	próxima vacunación a partir de _____
<u>ASTRAZENECA</u>	<u>2</u>	<u>27/09/21</u>	<u>AB23413</u>	<u>Sambanza Gladys</u> Lic. en Enfermería M.R. 1391	próxima vacunación a partir de _____
Marca <u>Pfizer</u>	<u>R20</u>	<u>21/01/22</u>	<u>FN3815</u>	<u>Valencia</u> Lic. en Enfermería M.R. 1391	próxima vacunación a partir de _____
<u>Moderna</u>	<u>1</u>	<u>16/2/23</u>	<u>0480220</u>	<u>250cc</u>	

**VACUNATORIO
14 DE OCTUBRE**

OBSERVACIONES: