

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

MAYORES DE 18 AÑOS

Nombre y Apellido: RAMO Adrien

Fecha de Nacimiento: 30/7/83 DNI: 30225612

Teléfono: _____

Domicilio: N. Moreno 1032

Localidad: San Carlos Provincia: BN

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 Transmisibles

 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 (firmar y sellar)	OBSERVACIONES
Marca <u>Scishield</u>	1	<u>10/6/21</u>	<u>N4074</u>	<u>[Firma]</u>	próxima vacunación a partir de _____
Marca <u>Scishield</u>	2	<u>18/8/21</u>	<u>74769</u>	<u>[Firma]</u>	próxima vacunación a partir de _____
Marca <u>Moderna</u>	1	<u>13/02/23</u>	<u>0482221</u>	<u>Rodriguez RL AGTE SANITAS LEGADO 862020 HOSPITAL A P C</u>	próxima vacunación a partir de _____
Marca <u>Moderna</u>	2	<u>24/06/23</u>	<u>0422231</u>	<u>[Firma]</u> <u>CARRASCO JCS</u>	

OBSERVACIONES:
