

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

Nombre y Apellido Demingo Francisco Jara Espinoza

Fecha de Nacimiento 01/05/1991 DNI 35 865 795

Teléfono _____

Domicilio J. Gato N° 1386

Localidad HRDLS 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
Atención Prevenciones

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)	OBSERVACIONES
Marca <u>Astora</u> <u>Zoneca</u>	1	<u>25/06/21</u>	<u>NH0163</u>	<u>HRDLS</u>	Proxima vacunación a partir de _____
	2	<u>09/09/21</u>	<u>NH0225</u>	<u>HRDLS</u>	
Marca <u>3M</u> <u>505</u>	1	<u>21/01/2022</u>	<u>NC002024</u> <u>05 009V</u>	<u>R. Muñoz</u>	Proxima vacunación a partir de _____
	2				

OBSERVACIONES:

Para estar protegido contra la COVID-19, además de la vacuna tenés que cumplir las recomendaciones vigentes:

- Uso de barbijo
- Lavado frecuente de manos con agua y jabón
- Mantener la distancia de 2 metros con otras personas
- No compartir el mate ni la vajilla

Ante la presencia de síntomas de la enfermedad COVID-19 consultá inmediatamente al sistema de salud de tu localidad y evitá el contacto con otras personas.

Este carnet es un documento importante. Guardalo en un lugar seguro y sacale una foto para tenerlo disponible siempre.

Al momento de la vacunación recibirás información adicional sobre la vacuna aplicada.

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

MAYORES DE 18 AÑOS

Nombre y Apellido: Jara Francisco

Fecha de Nacimiento: 01/05/91 DNI: 35885185

Teléfono: _____

Dirección: _____

Localidad: RdS

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 por ciudad
Línea 120

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>Pfizer</u> <u>bivalente</u>	<u>1</u> <u>2</u>	<u>03/04/24</u> <u>3/4/25</u>	<u>21003A</u>	<u>Tapia</u> <u>Amalia</u>	próxima vacunación a partir de ____/____/____
Marca _____ _____	<u>1</u> <u>2</u>	_____ _____	_____ _____	_____ _____	próxima vacunación a partir de ____/____/____

OBSERVACIONES:

