

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

MAYORES DE 18 AÑOS

Nombre y Apellido **TOON, VICTOR**
 Fecha de Nacimiento **30/12/72** OMI **23069375**
 Teléfono _____
 Domicilio _____
 Localidad **Centenario** Provincia **Neuquén**
 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.gub.arnsalud
Línea 120

Dirección de Control
de Enfermedades
Inmunoprevenibles



Ministerio de Salud
Argentina

Nombre y Apellido:

IMPORTANTE

- Si posterior a la vacunación del presente algún sistema, consulte al centro de salud y muestre este carnet.
 - Para consultas sobre los esquemas contra COVID-19 comuníquese 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	DOSES	FECHA	LOTE	VACUNADOR O CENTRO DE VACUNACIÓN (firma y sello)	OBSERVACIONES
Marca Sputnik V	1	02-12-21	3-BF0871	ARAVENA F. ANGELICA ENFERMERA MPN 1536	próxima vacunación a partir de _____
	2	13/01/22	MGC41NGC5	ENRIQUE FERNANDEZ Lic. en Farmacia N.º 1008. 1538	
Marca	1				próxima vacunación a partir de _____
	2				

OBSERVACIONES:

Hospital Dr. Nativio Buri
Centenario
CONSULTORIO #157820
Y VACUNATORIO