

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

Nombre y Apellido: CARRIZO MAURO

Fecha de Nacimiento: 18/02/1989 DNI: 33773504

Teléfono: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

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 Inmunopreventibles

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 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	DOSIS	FECHA	LOTE	VACINADOR O CENTRO DE VACUNACIÓN (Firma y sello)	OBSERVACIONES
Marca COVISHIELD / ASTRAZENECA	1 ^a	<u>3/01/21</u>	<u>NJ0272</u>	<u>VERAZCO PAULA</u> Enfermera Profesional MLP N° 6357	próxima vacunación a partir de <u>A / 000 F</u>
Marca <u>PFIZER</u>	2 ^a	<u>20/10/21</u>	<u>NJ0130</u>	<u>CLAUDIA MARIANELA</u> Enfermera Profesional MLP N° 6357	próxima vacunación a partir de _____ / _____ / _____

OBSERVACIONES:
