

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

MAYORES DE 18 AÑOS

Nombre y Apellido Quiñones Hector

Fecha de Nacimiento 16.8.98 DNI 34659353

Teléfono _____

Domicilio _____

Localidad Cotriel Provincia BU

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.gov.ar/salud
Línea 120

Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles
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
<u>Sinopharm</u> Marca _____ _____	1 ^a	<u>31.8.21</u>	<u>20210615</u> <u>1378</u>	 <u>Cecilia Moczko</u> Almacén de Insumos Hospital Central	próxima vacunación a partir de <u>31.8.21</u>
	2 ^a	<u>04/10/21</u>	<u>202107</u> <u>01978</u>		
<u>Pfizer</u> Marca _____ _____	3 ^a	<u>22.12.21</u>	<u>FC730P</u>		próxima vacunación a partir de _____ / _____ / _____
	2 ^a				

OBSERVACIONES:
