

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

MAYORES DE 18 AÑOS

Nombre y Apellido Pezo Sergio
 Fecha de Nacimiento 24.2.74 DNI 23789328
 Teléfono 299 4130 062
 Domicilio _____
 Localidad _____
 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

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 128.

- 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 <u>Sputnik</u>		<u>11/06/21</u>	<u>I FF0521</u>	<u>Enfermera Profesional</u> <u>Zufiga Gaboia</u> <u>M.P. N°5432</u>	próxima vacunación a partir de <u>oct, 21</u>
	<u>2</u>	<u>13.12.2021</u>	<u>13.12.2021</u>	<u>Sergio Darío Sepúlveda</u> <u>ENFERMERO PROFESIONAL</u> <u>M.P. N°</u>	
Marca <u>AZ261</u>	<u>R20</u>	<u>12/2/22</u>	<u>FK3392</u>	<u>nomus</u> <u>1056</u>	próxima vacunación a partir de _____

OBSERVACIONES: