CUMPLIMIENTO DE LA NORMA TÉCNICA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL MENOR DE 10 AÑOS (RES. 412/00)

CITAS PROGRAMADAS

FECHA - HORA				CLASE DE CITA					CUMPLIÓ
DD	MM	AA	HORA	MEDICINA	ENFERMERÍA	ODONTOLÓGICA	AGUDEZA VISUAL	OTRO CUÁL	

VACUNAR OPORTUNAMENTE CON TODAS LAS DOSIS A SUS HIJOS, GARANTIZA LA PROTECCIÓN FRENTE A ENFERMEDADES COMO:

PARÁLISIS INFANTIL (POLIOMIELITIS)

DIFTERIA

TÉTANOS

TOS FERINA

HEPATITIS B

MENINGITIS TUBERCULOSA

FIEBRE AMARILLA

SARAMPIÓN

PAROTIDITIS

MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO b

INFLUENZAE (gripe)

RUBÉOLA

Cualquier día es bueno para vacunar a tus hijos. En Colombia todos los días son días de vacunación. Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.

CARNÉ DE VACUNACIÓN

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

Nombre: ______________________

Fecha de Nacimiento: ______________________

N° de Certificado de Nacido Vivo: ______________________

(RC) NUIP: ______________________

Sexo: ______________________

Dirección: ______________________

Teléfono: ______________________

Responsable: ______________________

Municipio: ______________________

Departamento: ______________________

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Presidencia
República de Colombia

Acción Social
Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional

NOMBRE: _____

	ME PROTEJE DE	EDAD	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN			LABORATORIO	NÚMERO DE LOTE	IPS VACUNADORA	FECHA PRÓXIMA CITA			NOMBRE DEL VACUNADOR
				DD	MM	AA				DD	MM	AA	
	TUBERCULOSIS B.C.G.	Recién Nacido	0										
	POLIO (Oral – IM)	2º Mes	1ra										
		4º Mes	2da										
		6º Mes	3ra										
		1 año después de la 3ra dosis	1er refuerzo										
		5 Años	2do refuerzo										
PENTAVALENTE	HEPATITIS B	Recién Nacido	0										
		2º Mes	1ra										
		4º Mes	2da										
		6º Mes	3ra										
	HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO b (Hib)	2º Mes	1ra										
		4º Mes	2da										
		6º Mes	3ra										
	DIFTERIA – TOSFERINA – TÉTANOS (DPT)	2º Mes	1ra										
		4º Mes	2da										
		6º Mes	3ra										
		1 año después de la 3ra dosis	1er refuerzo										
		5 Años	2do refuerzo										
	INFLUENZA (GRIPE)	6 – 17 Meses	1ra										
		7 – 18 Meses	2da										
		Cada Año	Anual										
		Cada Año	Anual										
	FIEBRE AMARILLA	1 Año	Única										
		Cada 10 Años	Rèfuerzo										
	SARAMPIÓN – RUBÉOLA – PAPERAS (SRP)	1 Año	1ra										
		5 Años	2da										
OTRAS	NEUMOCOCO (Heptavalente)	2º Mes	1ra										
		4º Mes	2da										
		6º Mes	3ra										
		1 año después de la 3ra dosis	1er refuerzo										
	ROTAVIRUS	2º Mes	1ra										
		4º Mes	2da										
		6º Mes	3ra										
	VARICELA	A partir de los 12 Meses	1ra										
			2da										
	HEPATITIS A	A partir de los 12 Meses	1ra										
			2da										
	MENINGOCOCO		1ra										
			2da										