

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

MAYORES DE 18 AÑOS

Nombre y Apellido pereyra Gonzalo

Fecha de Nacimiento 12-02-00 DNI 42.443.059

Teléfono 3534287236

Domicilio Belgrano 285.

Localidad Hdo Provincia Cba

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  
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
Marca <i>Sinopharm</i>	1°	29-07-21	202106B1367	IVANA CHIOTTI Enfermera Profesional M.P. 12968	próxima vacunación a partir de <i>19 / 08 / 21</i>
<i>Sinopharm</i>	2°	01.10.21	202107B 1959	<b>CARRADORE, NATALIA</b> Enfermera Profesional M.P. 18699	
Marca	1°				próxima vacunación a partir de ..... / ..... / .....
	2°				

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

