



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA

V-000000001



PAI

Programa Ampliado
de Inmunización

vacú
nate
RD

VICEMINISTERIO DE SALUD COLECTIVA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN

Centro de Vacunación: _____

TARJETA DE VACUNACIÓN COVID-19

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido

Edad

Documento de Identidad

DATOS DE VACUNACIÓN

| Dosis | Laboratorio | Lote | Fecha de vacunación (día, mes, año) |
|----------------------|-------------|------|--|
| 1era. Dosis COVID-19 | | | |
| 2da. Dosis COVID-19 | | | |
| Vacunador dosis 1 | | | |
| Vacunador dosis 2 | | | |

ORIENTACIONES

Síntomas comunes luego de la vacunación contra el COVID-19

- Dolor en área de inyección
- Enrojecimiento en el área de inyección
- Dolor de cabeza
- Malestar general
- Fiebre

Si se presentan síntomas diferentes a los comunes diríjase al establecimiento de salud más cercano.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

- Para garantizar la inmunidad usted debe recibir las dos (2) dosis de la vacuna contra COVID-19 en el tiempo establecido.
- Debe continuar con las medidas sanitarias dispuestas por las autoridades (uso de mascarilla, lavado de manos, distanciamiento físico), hasta que se dispongan cambios según el comportamiento epidemiológico del COVID-19.

Contacto: *822

Recuerde estar atento a su próxima cita:

El día: ____ / ____ / ____

Debe conservar y traer esta tarjeta a su próxima cita.