


Si te vas a vacunar no olvides llevar tu Expediente de Vacunación lleno e impreso.

Folio mivacuna (opcional): Folio captura (opcional):

 **BRIGADA Correcaminos**

EXPEDIENTE DE VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS SARS-COV2

BRIGADA

Fecha de la vacunación: **NO LLENAR** Marca de vacuna: **NO LLENAR** Lote: **NO LLENAR** Dosis: PRIMERA SECUNDA

Nombre: **LLENAR** APELLIDO 1: APELLIDO 2: SEXO: H M



CURP (Clave única de registro de población): **LLENAR** Teléfono o celular 1: **LLENAR**

Correo Electrónico: **LLENAR** Teléfono o celular 2: **LLENAR**

Calle: N. Exterior: N. Interior: Colonia: C.P.: Municipio: Estado:

PADECIMIENTOS Diabetes Hipertensión Otra (opcional):

La información en este Expediente de Vacunación es de carácter público, a más de cualquier parte del Estado. Queda prohibido su uso para fines políticos o de otro tipo. Se garantiza la protección de los datos personales en el momento de la recolección de la información. Queda prohibido el uso de la información para fines políticos o de otro tipo. Se garantiza la protección de los datos personales en el momento de la recolección de la información. Queda prohibido el uso de la información para fines políticos o de otro tipo. Consulte al Jefe de Unidad de Operación de la Brigada Correcaminos o al personal de atención al público en el sitio de vacunación. Consulte al Jefe de Unidad de Operación de la Brigada Correcaminos o al personal de atención al público en el sitio de vacunación. Consulte al Jefe de Unidad de Operación de la Brigada Correcaminos o al personal de atención al público en el sitio de vacunación.

COMPROBANTE DE VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS SARS-COV2

PERSONA INTERESADA

Fecha de la vacunación: **NO LLENAR** Marca de vacuna: **NO LLENAR** Lote: **NO LLENAR** Dosis: PRIMERA SECUNDA

Nombre: **LLENAR** APELLIDO 1: APELLIDO 2: SEXO: H M

CURP (Clave única de registro de población): **LLENAR** FOLIO DE REGISTRO MIVACUNA (OPCIONAL):

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE TU VACUNA

Vigile tu salud después de aplicarte la vacuna. Cualquier signo o síntoma que presentes dentro de los 30 días después de la vacunación, favor de reportarlo de inmediato, esto nos permitirá darte la atención que requieras y mantener actualizado el perfil de seguridad de las vacunas.

Para reportar un evento adverso y encontrar más información sobre la vacunación contra la COVID-19 visita la página vacunacion.gob.mx o llama al teléfono de la Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria al **800.0044.800** Para obtener más información sobre la COVID-19 visita: coronavirus.gob.mx

La información en este Comprobante de Vacunación es de carácter público, a más de cualquier parte del Estado. Queda prohibido su uso para fines políticos o de otro tipo. Se garantiza la protección de los datos personales en el momento de la recolección de la información. Queda prohibido el uso de la información para fines políticos o de otro tipo. Se garantiza la protección de los datos personales en el momento de la recolección de la información. Queda prohibido el uso de la información para fines políticos o de otro tipo. Consulte al Jefe de Unidad de Operación de la Brigada Correcaminos o al personal de atención al público en el sitio de vacunación. Consulte al Jefe de Unidad de Operación de la Brigada Correcaminos o al personal de atención al público en el sitio de vacunación. Consulte al Jefe de Unidad de Operación de la Brigada Correcaminos o al personal de atención al público en el sitio de vacunación.

¡Ayúdanos a brindarte un mejor servicio!

 Conoce más: www.nl.gob.mx

Sigue las Redes Sociales del Gobierno del Estado
MANTENTE INFORMADO

 **Nuevo León** | Secretaría de Salud