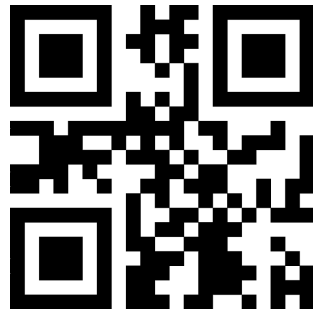


Cita vacunación COVID-19

SEEVC192216/071071



Debes presentarte con:

1. Código QR el día de tu cita
2. Identificación oficial
3. Talón de pago reciente y/o constancia laboral emitida por el plantel, firmada y sellada por el director.

Datos del solicitante

PETV650909MMNRJC05

CURP

PEREZ TAJONAR VICTORIA EUGENIA

Nombre

16PBH0146N

Clave de Centro de Trabajo (CTT)

MORELIA

Municipio del CTT





GOBIERNO DE
MÉXICO

COMPROBANTE DE REFUERZO DE VACUNACIÓN
CONTRA LA COVID-19 (COVID-19 BOOSTER VACCINATION CARD)

PEREZ TAJONAR VICTORIA EUGENIA

Sexo Mujer Hombre

Nombre(s) (name)

Apellido 1 (first family name)

Apellido 2 (second family name)

Edad (age) **56** años

**Entidad federativa de
vacunación**

MICHOACÁN

CURP (Clave única de registro de población) (Unique Population Registry Code)

P E T V 6 5 0 9 0 9 M M N R J C 0 5

Municipio de vacunación

Vacuna (Vaccine)	Marca de la vacuna (Vaccine manufacturer) ----- Lote de la vacuna (Vaccine lot number)	Fecha de vacunación (Date of vaccination)	Nombre de la persona vacunadora y sello de la unidad de vacunación (Vaccinator's name and stamp)
Refuerzo COVID-19 (booster)	MODERNA	----- D D M M A A	



GOBIERNO DE
MÉXICO

COMPROBANTE DE REFUERZO DE VACUNACIÓN
CONTRA LA COVID-19 (COVID-19 BOOSTER VACCINATION CARD)

PEREZ TAJONAR VICTORIA EUGENIA

Sexo Mujer Hombre

Nombre(s) (name)

Apellido 1 (first family name)

Apellido 2 (second family name)

Edad (age) **56** años

**Entidad federativa de
vacunación**

MICHOACÁN

CURP (Clave única de registro de población) (Unique Population Registry Code)

P E T V 6 5 0 9 0 9 M M N R J C 0 5

Municipio de vacunación

Vacuna (Vaccine)	Marca de la vacuna (Vaccine manufacturer) ----- Lote de la vacuna (Vaccine lot number)	Fecha de vacunación (Date of vaccination)	Nombre de la persona vacunadora y sello de la unidad de vacunación (Vaccinator's name and stamp)
Refuerzo COVID-19 (booster)	MODERNA	----- D D M M A A	

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE TU VACUNA

Vigila 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 algún evento adverso, y encontrar más información sobre la vacunación contra la COVID-19 visita la página

vacunacovid.gob.mx

Para obtener más información sobre la COVID-19 visita: ***coronavirus.gob.mx***
Conserva este comprobante que incluye la información sobre el refuerzo de vacuna que recibiste para tu protección contra la COVID-19

Recuerda que *la vacunación no es la única medida de protección contra la COVID-19*. Revisa el semáforo de riesgo epidémico de tu estado para saber el nivel y puedas estar mejor protegido. Siempre *lava tus manos con agua y jabón*, o usa una solución con alcohol al 70%, *tose y estornuda correctamente en el antebrazo*, *usa bien tu cobrebocas* (cubre nariz y boca), *mantén ventilados los espacios cerrados* para que corra el aire.

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.