

VACUNAS	ENFERMEDAD QUE PROTEGE
B.C.G.	Tuberculosis
POLIO INACTIVA POLIO ORAL	Poliomielitis
PENTAVALENTE	Difteria Tétanos Tosferina Meningitis y neumonías por Hib Hepatitis B
ROTAVIRUS	Diarreas graves por rotavirus
NEUMOCOCO CONJUGADA	Neumonías por neumococos
HEPATITIS B	Hepatitis B
SRP	Sarampión, rubéola y parotiditis
FIEBRE AMARILLA	Fiebre amarilla
MENINGOCÓCICA BC	Meningitis meningocócica
TOXOIDE TETÁNICO DÍFTERICO	Difteria y tétanos
NEUMOCOCO	Enfermedad neumocócica
INFLUENZA ESTACIONAL	Complicaciones graves de la gripe estacional
<b>13 Vacunas</b>	<b>16 Enfermedades</b>

# TARJETA DE VACUNACIÓN

CÓDIGO DEL CENTRO DE VACUNACIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA DE EXPEDICIÓN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ESTE DOCUMENTO SE EXPIDE A NOMBRE DE:

\_\_\_\_\_

Nº DE CÉDULA: \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

SELLO DEL ORGANISMO QUE EXPIDE

NOMBRE DEL USUARIO: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ PUEBLO INDÍGENA/ETNIA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_

	BIOLÓGICOS		DOSIS ÚNICA	1ª DOSIS	2ª DOSIS	3ª DOSIS	4ª DOSIS	5ª DOSIS	1º REFUERZO	2º REFUERZO
1	BCG	FECHA VACUNACIÓN								
		NÚMERO LOTE								
2	HEPATITIS B	FECHA VACUNACIÓN								
		NÚMERO LOTE								
3	ROTAVIRUS	FECHA VACUNACIÓN								
		NÚMERO LOTE								
4	PENTAVALENTE	FECHA VACUNACIÓN								
		NÚMERO LOTE								
5	POLIO INACTIVADA	FECHA VACUNACIÓN								
		NÚMERO LOTE								
6	POLIO ORAL	FECHA VACUNACIÓN								
		NÚMERO LOTE								
7	NEUMOCOCO CONJUGADA	FECHA VACUNACIÓN								
		NÚMERO LOTE								
8	INFLUENZA ESTACIONAL	FECHA VACUNACIÓN								
		NÚMERO LOTE								
9	FIEBRE AMARILLA	FECHA VACUNACIÓN								
		NÚMERO LOTE								
10	SARAMPIÓN/RUBÉOLA/ PAROTIDITIS	FECHA VACUNACIÓN								
		NÚMERO LOTE								
11	TOXOIDE TETÁNICO DIFTÉRICO	FECHA VACUNACIÓN								
		NÚMERO LOTE								
13	NEUMOCOCO POLISACÁRIDA	FECHA VACUNACIÓN								
		NÚMERO LOTE								
14	MENINGOCÓCICA B-C	FECHA VACUNACIÓN								
		NÚMERO LOTE								
15	RABIA HUMANA	FECHA VACUNACIÓN								
		NÚMERO LOTE								
16	OTRA:	FECHA VACUNACIÓN								
		NÚMERO LOTE								
17	OTRA:	FECHA VACUNACIÓN								
		NÚMERO LOTE								

PESQUISA NEONATAL (PRUEBA DEL TALÓN):  SI  NO FECHA DE LA PESQUISA: \_\_\_\_\_

PESO AL NACER: \_\_\_\_\_ TALLA AL NACER: \_\_\_\_\_

OBSERVACIÓN: \_\_\_\_\_