

 PERÚ Ministerio de Salud			CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑA		
Cod. De Afiliación:		H.C	N° Carpeta FAM:		
Fecha de Nacimiento:		CUI/DNI			
Nombres y apellidos:					
Del Niño:					
De la Madre		DNI:			
Del Padre:		DNI:			
Dirección:					
E-mail:		Telefono:			
Establecimiento:					
Programa de Apoyo Social:					

VACUNACIÓN (Anotar Fechas)

Tuberculosis: (BCG) (Recien Nacido)					
Antihepatitis:(HVB) (Recien Nacido)					
DOSIS de POLIO INACTIVA					
1ra. IPV (2 Meses)		2da. IPV (4 Meses)		3ra (6 Meses)	
DOSIS de Pentavelente (DPT +Hib + HvB)					
1ra.(2 Meses)		2da (4 Meses)		3ra (6 Meses)	
Dois de NEUMOCOCCO (1era -2da. Dosis)					
1ra.(2 Meses)		2da (4 Meses)		(3era dosis): (12 MESES)	
DOSIS de ROTAVIRUS					
1ra.(2 Meses)			2da (4 Meses)		
DOSIS de INFLUENZA (<1 año)		INFLUENZA 1 año		INFLUENZA 2 AÑOS	
1era. (6m)	2da. (7m)	(1Año)		(2Años)	
Sarampión, Rúbeola y Paperas (SPR-1)		VARICELA		ANTIAMARILICA	
1AÑO:		1 AÑO:		15 Meses:	
1er Ref. DPT- DA (18meses)		2da Dosis SPR-2 (18meses)		1er Ref. APO- (18meses)	
2do. Ref. DPT- (4 Años)			2do. Refuerzo APO - (4Años)		

RESOLUCIÓN MINISTERIAL 719 QUE APRUEBA LA N.T. 141

 PERÚ Ministerio de Salud			CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO		
Cod. De Afiliación:		H.C	N° Carpeta FAM:		
Fecha de Nacimiento:		CUI/DNI			
Nombres y apellidos:					
Del Niño:					
De la Madre		DNI:			
Del Padre:		DNI:			
Dirección:					
E-mail:		Telefono:			
Establecimiento:					
Programa de Apoyo Social:					

VACUNACIÓN (Anotar Fechas)

Tuberculosis: (BCG) (Recien Nacido)					
Antihepatitis:(HVB) (Recien Nacido)					
DOSIS de POLIO INACTIVA					
1ra. IPV (2 Meses)		2da. IPV (4 Meses)		3ra (6 Meses)	
DOSIS de Pentavelente (DPT +Hib + HvB)					
1ra.(2 Meses)		2da (4 Meses)		3ra (6 Meses)	
Dois de NEUMOCOCCO (1era -2da. Dosis)					
1ra.(2 Meses)		2da (4 Meses)		(3era dosis): (12 MESES)	
DOSIS de ROTAVIRUS					
1ra.(2 Meses)			2da (4 Meses)		
DOSIS de INFLUENZA (<1 año)		INFLUENZA 1 año		INFLUENZA 2 AÑOS	
1era. (6m)	2da. (7m)	(1Año)		(2Años)	
Sarampión, Rúbeola y Paperas (SPR-1)		VARICELA		ANTIAMARILICA	
1AÑO:		1 AÑO:		15 Meses:	
1er Ref. DPT- DA (18meses)		2da Dosis SPR-2 (18meses)		1er Ref. APO- (18meses)	
2do. Ref. DPT- (4 Años)			2do. Refuerzo APO - (4Años)		