

CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN

Este documento es importante, cuidalo.

(Consultar al médico acerca de las vacunas que deben recibir los niños que comenzaron su vacunación según el calendario anterior)

Vacunas	Hepatitis B (HB)	Rotavirus	Neumococo conjugada	Quintuple Pentavalente (DTP-Hb-Hib)	Polio	Meningococo conjugada	Antigripal	Hepatitis A (HA)	Triple Viral (SRP)	Varicela	Cuádruple o Quintuple Pentavalente (DTP-Hb)	Triple Bacteriana Celular (DIP)	Triple Bacteriana Acelular (dIpa)	VPH	Fiebre amantilla (FA)
Edad															
Recién nacido	Única dosis neonatal (A)														
2 meses		1ª dosis	1ª dosis	1ª dosis	1ª dosis										
3 meses						1ª dosis									
4 meses		2ª dosis	2ª dosis	2ª dosis	2ª dosis										
5 meses						2ª dosis									
6 meses			Refuerzo	3ª dosis	3ª dosis										
12 meses						Refuerzo	Dosis anual (D)		1ª dosis	Única dosis					
15 a 18 meses											1º Refuerzo				1ª dosis (F)
18 meses					4ª dosis										
24 meses					Refuerzo				2ª dosis			2º Refuerzo			
5-6 años (ingreso escolar)	Inicio o completar esquema (B)								Inicio o completar esquema (E)				Refuerzo		Refuerzo
11 años						Única dosis									

(A) En las primeras 12 horas de vida.

(B) Si no hubiera recibido el esquema completo, deberá completarlo. En caso de tener que iniciar: aplicar 1º dosis, 2º dosis al mes de la primera y 3º dosis a los seis meses de la primera.

(C) Antes de egresar de la maternidad.

(D) Deberán recibir en la primovacunación 2 dosis de vacuna separadas al menos por 4 semanas.

(E) Si no hubiera recibido dos dosis de Triple viral o una dosis de Triple viral + 1 dosis de Doble viral, después del año de vida.

(F) Residentes en zonas de riesgo.



Ministerio de Salud



Presidencia de la Nación

CERTIFICADO DE VACUNAS APLICADAS NIÑOS Y ADOLESCENTES

Las vacunas son gratuitas y obligatorias. Son un derecho y una responsabilidad de todos.



Nombre y Apellido: _____

Sexo: M F

Fecha de Nacimiento: _____

DNI: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____

Provincia: _____

CERTIFICADO DE VACUNAS APLICADAS EN EL NIÑO Y ADOLESCENTES

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Vacunatorio Firma y Sello
HEPATITIS B (HB)	Neonatal			
BCG	Única dosis			
ROTAVIRUS	1ª dosis			
	2ª dosis			
NEUMOCOCO CONJUGADA	1ª dosis			
	2ª dosis			
	Refuerzo			
QUINTUPLE (DTP-HB-Hib)	1ª dosis			
	2ª dosis			
CUADRUPLE (DTP-Hib)	3ª dosis			
	Refuerzo			
POLIO	1ª dosis			
	2ª dosis			
	3ª dosis			
	4ª dosis			
	Refuerzo			
MENINGOCOCO CONJUGADA	1ª dosis			
	2ª dosis			
	Refuerzo			
	Única dosis			

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Vacunatorio Firma y Sello
ANTIGRI PAL	1ª dosis			
	2ª dosis			
HEPATITIS A	Única dosis			
TRIPLE VIRAL (SRP)	1ª dosis			
	2ª dosis			
VARICELA	Única dosis			
TRIPLE BACTERIANA CELULAR (DTP)	Refuerzo			
TRIPLE BACTERIANA ACELULAR (dTpa)	Refuerzo			
VPH	1ª dosis			
	2ª dosis			
FIEBRE AMARILLA	1ª dosis			
	Refuerzo			
OTROS				