

CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN

Este documento es importante, cuidalo.



Edad	Hepatitis B (HB)	Gripe	Triple bacteriana Acelular (dtpa)	Doble bacteriana (dt)	Doble viral (SR)	Fiebre Amarilla (FA)	Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA)
A partir de los 15 años	Iniciar o completar esquemas (A)				Iniciar o completar esquemas (F)	Única dosis (H)	
Adultos	Iniciar o completar esquemas (A)			Refuerzo cada 10 años	Iniciar o completar esquemas (F)	Única dosis (G)	
Embarazadas	Iniciar o completar esquemas (A)	Una dosis (B)	Una dosis (D)				
Puerperio	Iniciar o completar esquemas (A)	Una dosis (C)			Iniciar o completar esquemas (F)		
Personal de Salud	Iniciar o completar esquemas (A)	Dosis anual	Una dosis (E)		Iniciar o completar esquemas (F)		

- (A) Vacunación universal. Si no hubiera recibido el esquema completo deberá completarlo. En caso de tener que iniciarlo: aplicar 1º dosis, 2º dosis al mes de la primera y 3º dosis a los 6 meses de la primera.
- (B) En cada embarazo deberán recibir vacuna antigripal en cualquier trimestre de la gestación.
- (C) Madres de niños menores a 6 meses deberán recibir vacuna antigripal si no la hubiesen recibido durante el embarazo.
- (D) Aplicar dtpa en el primer embarazo y en embarazos posteriores si transcurrieron mds de 3 años.
- (E) Aplicar después de la semana 20 de gestación.
- (F) Se indica a personal de salud que asiste a niños menores de 12 meses.
- (G) Si no hubiera constancia de dos dosis aplicadas desde el año de vida.
- (H) Residentes en zona de riesgo que no hayan recibido anteriormente la vacuna.
- (H) Residentes o trabajadores con riesgo ocupacional en zona de riesgo.

CERTIFICADO DE VACUNAS APLICADAS ADULTOS



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

Nombre y Apellido: Nestor Pade
Yepuez Sexo: ☒ M ☐ F

Fecha de Nacimiento: 28-02-1989

DNI: 30440287

Domicilio: _____

Localidad: _____

Provincia: **VACUNATORIO**

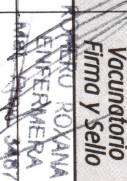
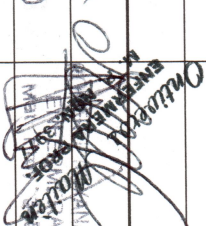


14 DE OCTUBRE



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

CERTIFICADO DE VACUNAS APLICADAS EN EL ADULTO

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Vacunatorio Firma y Sello
Doble Bacteriano (dt)	2 ^{da}	16.1.20	(106500)	
Doble Viral (SR)	1 ^{ra}	11.1.19	000000	
	2 ^a	16.1.20		
Hepatitis B (HB)	1 ^o	11.1.19	000000	
	2 ^o	16.1.20		
	3 ^o	17.6.20		

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Vacunatorio Firma y Sello
Gripe				
Triple Bacteriano Acelular (dtpa)				
Otras				

PARADA YAPURA NESTOR GASTON (30740287)

Solicitado por Dr/Dra: FRANCO JOSE VICENTE

Centro: CER

Protocolo: 705-2020

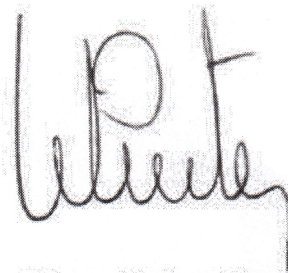
Fecha: 16/01/2020

Grupo y Factor

Método: Aglutinación directa

Grupo: O

Factor RH Positivo



Bloqco. Esteban Winter
M.P. 564