

CERTIFICADO DE VACUNAS APLICADAS EN EL ADULTO

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Vacunatorio Firma y Sello
DOBLE BACTERIANA (dT) o DOBLE ADULTOS (dt: difteria / T: tétanos)	1D.	25/01/2008		
	2D.	25/01/2008		
TRIPLE BACTERIANA ACELULAR (dTpa) (dt: difteria / T: tétanos / pa: tos convulsa)				
DOBLE VIRAL (SR) o TRIPLE VIRAL (SRP) (S: sarampión / R: rubéola / P: paperas)				
CONTRA LA HEPATITIS B (HB)	1a dosis			
	2a dosis			
	3a dosis			



Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Vacunatorio Firma y Sello
ANTIGRIPIAL				
OTROS				

CERTIFICADO DE VACUNAS APLICADAS ADULTOS



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

Nombre y Apellido: HECTOR OSCAR
C.N.O. CAVO

Fecha de Nacimiento: 25/03/06

DNI: 32247123 Sexo: M F

Domicilio: _____

Localidad: CARRIL

Provincia: R.N.

Más información:
salud.gob.ar / 0-800-222-1002



(A) Vacunación universal. Si no hubiera recibido el esquema completo deberá completarlo. En caso de tener que iniciarlo: aplicar 1° dosis, 2° dosis al mes de la primera y 3° dosis a los 6 meses de la primera.

(B) En cada embarazo deberán recibir vacuna antigrávida en cualquier trimestre de la gestación, antes del egreso de la maternidad y hasta un máximo de 10 días después del parto.

(C) Puérperas deberán recibir vacuna antigrávida si no la hubiesen recibido durante el embarazo, antes del egreso de la maternidad.

(D) Aplicar en cada embarazo después de la semana 20 de gestación.

(E) Se indica a personal de salud que asiste a niños menores de 12 meses. Refuerzo cada 5 años.

(F) Si no hubiera constancia de dos dosis aplicadas.

(G) Residentes o viajeros a zona de riesgo que no hayan recibido anteriormente la vacuna.

(H) Residentes o trabajadores con riesgo ocupacional en zona de riesgo y que no hayan recibido anteriormente la vacuna.

Edad	Vacunas	Hepatitis B (HB)	Antigripal	Triple Bacteriana Acetular (dtpa)	Doble Bacteriana (dt)	Doble Viral (SR) o Triple Viral (SRP)	Febre Amarilla (FA)	Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA)
A partir de los 15 años	Iniciar o completar esquema (A)					Refuerzo cada 10 años	Una dosis (F)	Una dosis (H)
Adultos							Una dosis (G)	
Embarazadas							Una dosis (C)	
Puerpero							Una dosis (E)	
Personal de Salud							Una dosis (D)	

CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN
Este documento es importante, cuidalo.