

CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN

Este documento es importante, cuidalo.

Vacunas	Edad	A partir de los 15 años				Adultos				Embarazadas				Puerperio				Personal de Salud			
		Iniciar o completar esquema				Iniciar o completar esquema				Iniciar o completar esquema				Iniciar o completar esquema				Iniciar o completar esquema			
Hepatitis B (HB)	Antigripal	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis
Triplic Bacteriana (dtpa)	Doble Bacteriana (dt)	Refuerzo cada 10 años	Refuerzo cada 10 años	Refuerzo cada 10 años	Refuerzo cada 10 años	Refuerzo cada 10 años	Refuerzo cada 10 años	Refuerzo cada 10 años	Refuerzo cada 10 años	Refuerzo cada 10 años	Refuerzo cada 10 años	Refuerzo cada 10 años	Refuerzo cada 10 años	Refuerzo cada 10 años	Refuerzo cada 10 años	Refuerzo cada 10 años	Refuerzo cada 10 años	Refuerzo cada 10 años	Refuerzo cada 10 años	Refuerzo cada 10 años	Refuerzo cada 10 años
Doble Viral (SRP)	Doble Viral (SRP)	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis
Febre Amarilla (FA)	Febre Hemorrágica (FHA)	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis	Una dosis

(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 antigripal en cualquier trimestre de la gestación.
 (C) Puerperas deberán recibir vacuna antigripal si no la hubiesen recibido durante el embarazo, antes del egreso de la maternidad y hasta un máximo de 10 días después del parto.
 (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.

CERTIFICADO DE VACUNAS APLICADAS ADULTOS



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

Nombre y Apellido: Fernando Javier Alias

Fecha de Nacimiento: _____

DNI: 29235467 Sexo: M F

Domicilio: _____

Localidad: _____

Provincia: _____



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

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)	DTF	22/06/22	2330L	LEODAN BELMAR ENFERMERO PROFESIONAL M.P. 5179
	10 años o partir	22/06/2032	022C	
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	22/06/22	60VX	LEODAN BELMAR ENFERMERO PROFESIONAL M.P. 5179
	2a dosis	22/07	2100A	
	3a dosis	22/12		

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Vacunatorio Firma y Sello
ANTIGRIPIAL				
OTROS				

