

Este documento es importante, cuidalo.

| Vacunas           |                         | Hepatitis B (HB)                | Antirripal     | Triple Bacteriana Acetular (dTpa) | Doble Bacteriana (dT)            | Doble Viral (SR) o Triple Viral (SRP) | Fiebre Amarilla (FA) | Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA) |
|-------------------|-------------------------|---------------------------------|----------------|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|----------------------|------------------------------------|
| Edad              | A partir de los 15 años | Iniciar o completar esquema (A) |                |                                   |                                  |                                       |                      |                                    |
| Adultos           |                         |                                 |                | Refuerzo cada 10 años             | Iniciar o completar esquemas (F) | Única dosis (G)                       | Única dosis (H)      |                                    |
| Embarazadas       |                         |                                 | Ur a dosis (B) | Una dosis (D)                     |                                  |                                       |                      |                                    |
| Puerperio         |                         |                                 | Ur a dosis (C) |                                   |                                  |                                       |                      |                                    |
| Personal de Salud |                         |                                 | 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 1<sup>o</sup> dosis, 2<sup>o</sup> dosis al mes de la primera y 3<sup>o</sup> dosis a los 6 meses de la primera.

(B) En cada embarazo deberán recibir vacuna antigripal en cualquier trimestre de la gestación.

(C) Puérperas 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.

(6) 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: Contreras Luis G

Fecha de Nacimiento: 29-12-95

DNI: 39130739 Sexo: M ☒ F ☐

Sexo: M\_\_\_ F\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_

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

**Dirección de Control  
de Enfermedades  
Imunoprevenibles**

COBERTURA  
UNIVERSAL  
de SALUD

Ministerio de Salud  
Presidencia de la Nación

## CERTIFICADO DE VACUNAS APLICADAS EN EL ADULTO

| Vacuna                                                                                             | Dosis    | Fecha    | Lote      | Vacunatorio<br>Firma y Sello |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|-----------|------------------------------|
| <b>DOBLE BACTERIANA (dT)</b><br><b>o DOBLE ADULTOS</b><br>(d: difteria / T: tétanos)               |          | 09/11/21 | 73396014E | Méndez Ma<br>Entregado       |
| <b>TRIPLE BACTERIANA ACELULAR (dTpa)</b><br>(d: difteria / T: tétanos / pa: tos convulsa)          |          |          |           |                              |
|                                                                                                    |          |          |           |                              |
|                                                                                                    |          |          |           |                              |
|                                                                                                    |          |          |           |                              |
| <b>DOBLE VIRAL (SR)</b><br><b>o TRIPLE VIRAL (SRP)</b><br>(S: sarampión / R: rubéola / P: paperas) |          |          |           |                              |
|                                                                                                    |          |          |           |                              |
|                                                                                                    |          |          |           |                              |
|                                                                                                    |          |          |           |                              |
| <b>CONTRA LA HEPATITIS B (HB)</b>                                                                  | 1a dosis |          |           |                              |
|                                                                                                    | 2a dosis |          |           |                              |
|                                                                                                    | 3a dosis |          |           |                              |

[illegible]