

CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACION

Este documento es importante; cuidalo.

Vacunas	Hepatitis B (HB)	Antigripal	Triple Bacteriana Acelular (dTpa)	Doble Bacteriana (dT)	Doble Viral (SR) o Triple Viral (SRP)	Fiebre Amariilla (FA)	Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA)
Edad							
A partir de los 15 años							
Adultos							
Embarazadas							
Puerperio							
Personal de Salud							

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

ADULTOS

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



Nombre y Apellido: Jofre Lautaro

Fecha de Nacimiento: 08/05/97

DNI: 40284570

Sexo: M ☒ F ☐

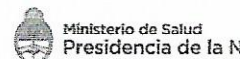
Domicilio: _____

Localidad: RdS

Provincia: Nen

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

Dirección de Control
de Enfermedades
Inmunoprevenibles



CERTIFICADO DE VACUNAS APLICADAS EN EL ADULTO

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Vacunatorio Firma y Sello
DOBLE BACTERIANA (dT) o DOBLE ADULTOS (d: difteria / T: tétanos)	12	19/12/22		H2dS.
	20	19/01/23		
	R	19/12/22		
TRIPLE BACTERIANA ACELULAR (dTpa) (d: 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
ANTIGRI PAL				
OTROS				