

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							Única dosis (F)
16 años				Refuerzo (C)			
Cada 10 años				Refuerzo		Refuerzo (E)	
Embarazadas		Dosis anual		Refuerzo			
Puerperio		Dosis anual (A)			Única dosis (D)		
Personal de Salud	3 dosis	Dosis anual	1 dosis (B)				

- (A) Madres de niños menores a 6 meses deberán recibir vacuna antipal si no la hubiesen recibido durante el embarazo.
 (B) Se indica a personal de Salud que atiende niños menores de 1 año.
 (C) Los que comenzaron el plan con dTpa les corresponderá este refuerzo a los 21 años (cada 10 años).
 (D) Si no hubiera recibido dos dosis de Triple viral o una dosis de Triple viral + 1 dosis de Doble viral.
 (E) Residentes o viajeros en zona de riesgo.
 (F) 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: Sanchez Carlos Sexo: ☒ M ☐ F

Fecha de Nacimiento: 14-12-90

DNI: 35627098

Domicilio: _____

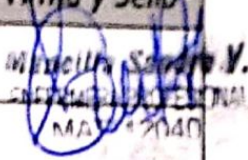
Localidad: Catmel

Provincia: R.N



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

CERTIFICADO DE VACUNAS APLICADAS EN EL ADULTO

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Vacunatorio Firma y Sello
Doble Bacteriana (dT)	1°	5-4-23	2331dxc	
	2°	5/6/23		
	3°	5/4/24		
Doble Viral (SR)				
Hepatitis B (HB)	1°	5/5/23		
	2°			
	3°			

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Vacunatorio Firma y Sello
Gripe				
Triple Bacteriana Acelular (dTpa)				
Otras				