

Nombre y Apellido: Baños Walter
 Baños
 Sexo: M ☒ F ☐
 Fecha de Nacimiento: _____
 DNI: _____
 Domicilio: _____
 Localidad: RXS
 Provincia: Neuquén

Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación



ProNACE

Programa Nacional de Control de
Enfermedades Inmunoprevenibles

CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN

[illegible]

(A) Antes de egresar de la maternidad.
(B) En las primeras 12 horas de vida.
(C) Si no hubiera recibido el esquema completo, deberá completarlo. En caso de tener que iniciar, aplicará 1^o dosis, 2^o dosis al mes de la primera y 3^o dosis a los seis meses de la primera.
(D) Si no hubiera recibido dos dosis de Triple viral o una dosis de Triple viral + 1 dosis de Doble viral.
(E) Deberán recibir en la primovacunación 2 dosis de vacuna separadas al menos por cuatro semanas.
(F) Deberán recibir refuerzo con dt a los 27 años y luego cada 10 años.
(G) Niños que residen o visitan a zona de riesgo.
(H) Aplicar 1^o dosis, 2^o dosis al mes de la primera y 3^o dosis a los 6 meses de la 1^o.

CERTIFICADO DE VACUNAS APLICADAS EN EL NIÑO Y ADOLESCENTES

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Vacunatorio Firma y Sello
HEPATITIS B (HB) <i>Vacuna Antidiftema. V gente de 15 años</i>				<i>Josema Gamales</i> ENFERMERA PROFESIONAL N.º P. No 921
BCG	Unica dosis			
SABIN	1º			
	2º			
	3º			
	4º			
	Ref			
PENTAVALENTE (DPT-HB-Hib)	1º			
	2º			
	3º			
NEUMOCOCCO CONJUGADA	1º			
	2º			
	Ref			
CUADRUPLE (DTP Hib)	Ref			
TRIPLE VIRAL (SRP)	1º			
	2º			
HEPATITIS A	Unica dosis			

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Vacunatorio Firma y Sello
TRIPLE BACTERIANA CELULAR (DTP)	Ref			
VPH	1º			
	2º			
	3º			
GRIPE	1º			
	2º			
TRIPLE BACTERIANA ACEULAR (dtpa)	Ref			
Otros				