

CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN

Este documento es importante, cuidalo.

Vacunas	Edad	Hepatitis B (HB)	Antigripal	Triple Bacteriana Acelular (dTpa)	Doble Bacteriana (dT)	Doble Viral o Triple Viral (SRP)	Fiebre Amarilla (FA)	Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA)
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: aplicar 1ª dosis. 2ª 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 recibido anteriormente la vacuna.
 (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: Derek Branton

Fecha de Nacimiento: 10/01/04

DNI: 45.396.452 Sexo: M ☒ F ☐

Domicilio: _____

Localidad: RDLS

Provincia: Neuquen

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

Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles



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) o DOBLE ADULTOS (d: difteria / T: tétanos)	1ª 2 3	15/11/23 15/11/23	233162185	RDLS
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
ANTIGRIPAL				
OTROS				

