

CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN

Este documento es importante, cuidalo.



Edad	Hepatitis B (HB)	Gripe	Triple bacteriana acellular (dtpa)	Doble bacteriana (dt)	Doble viral (SR)	Fiebre Amarilla (FA)	Hemorragia Argentina (FHA)
A partir de los 15 años							Única dosis (F)
16 años				Refuerzo (C)			
Cada 10 años				Refuerzo	Refuerzo (E)		
Embarazadas				Refuerzo			
Puerperio			Dosis anual (A)		Única dosis (D)		
Personal de Salud			Dosis anual (B)				

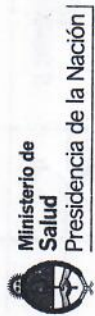
(A) Madres de niños menores a 6 meses deberán recibir vacuna antigripal si no la hubiesen recibido durante el embarazo.
 (B) Se indica a personal de Salud que atiende niños menores de 1 año.
 (C) Los que comenzaron el plan con dtpa les corresponderá este refuerzo a los 21 años (cada 10 años).
 (D) Si 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:	GRAMA	Sexo:	M ☐ F ☐
Fecha de Nacimiento:	23-06-95		
DNI:	38432364		
Domicilio:	RCP ALCA 43.		
Localidad:	Cotacachi		
Provincia:	Buzo WEGNO		



CERTIFICADO DE VACUNAS APLICADAS EN EL ADULTO

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Vacunatorio Firma y Sello
Doble Bacteriana (dT)				
Doble Viral (SR)				
Hepatitis B (HB)	1º			
	2º			
	3º			

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Vacunatorio Firma y Sello
Gripe				
Triple Bacteriana Acelular (dTpa)				
Otras DA	1º -	23.01.18	ATONUGA	
	2º	23.06		
	3º			