

Nombre y Apellido: Enio Marcelo

Fecha de Nacimiento: 30.06.1999

DNI: 41.911.072

Sexo: M__ F__

Domicilio: _____

Localidad: _____

Provincia: _____

CENTRO DE SALUD
ALMAFUERTE
VACUNATORIO

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

**Dirección de Control
de Enfermedades
Inmunoprevenibles**



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

- (A) Vacunación universal. Si no hubiera recibido el esquema completo deberá completarlo. En caso de tener que iniciarlo: aplicar 1 dosis, 2 dosis al mes de la primera y 3^{da} dosis a los 6 meses de la primera.
- (B) En cada embarazo deberán recibir vacuna antigripal en cualquier trimestre de la gestación.
- (C) Puérperas 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 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.

[illegible]

CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN

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)	D.N.	30.05.2022		CS 25
TRIPLE BACTERIANA ACELULAR (dTpa) (d: difteria / T: tétanos / pa: tos convulsa)				
DOBLE VIRAL (SR) o TRIPLE VIRAL (SRP) (S: sarampión / R: rubéola / P: paperas)	1º	06.12.2024		CS 25
		6.01.25		
CONTRA LA HEPATITIS B (HB)	1a dosis	06.12.2024		CS 25
	2a dosis	6.01.25		
	3a dosis			

CENTRO DE SALUD
ALMAFUERTE
VACUNATORIO

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Vacunatorio Firma y Sello
ANTIGRIPIAL				
OTROS				