

Calendario Nacional de Vacunación

Este documento es importante, cuidalo.

Vacunas	Contra Hepatitis B (HB)	Antigripal	Contra Neumococo	Triple Bacteriana Acelular (dTap)	Doble Bacteriana dT	Doble Viral SR o Triple Viral SRP	Contra Fiebre Amarilla FA (*)	Contra Fiebre Hemorrágica Argentina F-HA
Edad								
A partir de los 15 años		Dosis Anual (B)						
Adultos		Dosis Anual (B)	Esquema Secuencial (B)(E)		Refuerzo cada 10 años	Iniciar o completar esquemas (H)		Única dosis (I)
Embarazadas	Iniciar o completar esquema (A)	Una dosis (C)		Una dosis (F)				
Puerperio		Una dosis (D)				Iniciar o completar esquemas (H)		
Personal de Salud		Dosis anual		Una dosis (G)				
Adultos de 65 años o más		Dosis anual	Esquema Secuencial (E)					

(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° dosis a los 6 meses de la primera.

(B) Recomendada para personas con factores de riesgo.

(C) En cada embarazo deberán recibir vacuna antigripal en cualquier trimestre de la gestación.

(D) Puérperas deberán recibir vacuna antigripal sino la hubieran recibido durante el embarazo, antes del egreso de la maternidad y hasta un máximo de 10 días después del parto.

(E) Esquema secuencial con dos vacunas: conjugada 13 valiente y polisacárida contra 23 serotipos.

(F) Aplicar en cada embarazo después de la semana 20 de gestación.

(G) Se indica a personal de salud que asiste a niños menores de 12 meses. Refuerzo cada 5 años.

(H) Si no hubiera constancia de dos dosis aplicadas después del año de vida.

(I) Residentes y/o trabajadores con riesgo ocupacional en zona de riesgo y que no hayan recibido anteriormente la vacuna.

(*) Toda persona entre 2 y 59 años residente en zona de riesgo deberá recibir 1 dosis (consultar privilegios de vacunación para esta vacuna).

Carnet Unificado de Vacunación (CUV)

ADULTOS

Las vacunas son gratuitas y obligatorias. Son un derecho y una responsabilidad.



Nombre y Apellido GUERRERO GARCIA AUEL

Fecha de Nacimiento 16/03/1993

DNI 37.745.103

Teléfono _____

Domicilio _____

Localidad Plotzen

Provincia _____



argentina.gob.ar/salud
0800.222.1002

Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles

Ministerio de Salud Argentina

Certificado de Vacunas Aplicadas en el adulto

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Vacunatorio Firma y Sello
DOBLE BACTERIANA (dT)	Refugo	16/05/24	23320005A	
TRIPLE BACTERIANA ACELULAR (dTpa)				
DOBLE VIRAL (SR) o TRIPLE VIRAL (SRP)				
CONTRA LA HEPATITIS B (HB)	1° dosis	16/05/24	0358x005	
	2° dosis			
	3° dosis			

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Vacunatorio Firma y Sello
ANTIGRI PAL	UD	16/05/24	ATZ	
NEUMOCOCO (13 VALENTE 23 VALENTE)				
OTRAS	Covid Refugo	16/05/24	ATZ	