

INMUNIZACIONES

PARA QUE EL NIÑO ESTE BIEN VACUNADO, TIENE QUE RECIBIR TODAS LAS DOSIS DE CADA VACUNA QUE FIGURA EN ESTE RECUADRO

EDAD	B C G	HEPATITIS B	SABIN SALK	CUADRUPLE BACTERIANA (DPT + Hib)	TRIPLE VIRAL (SRP)	TRIPLE BACTERIANA (DPT)	DOBLE ADULTO (DT)
AL NACER	1º DOSIS	1º DOSIS					
2 MESES		2º DOSIS	1º DOSIS	1º DOSIS			
4 MESES			2º DOSIS	2º DOSIS			
6 MESES		3º DOSIS	3º DOSIS	3º DOSIS			
12 MESES							
18 MESES					1º DOSIS		
6 AÑOS 6 1er. GRADO	2º. DOSIS		REFUER.	REFUER.			
AL EGRESO ESCOLAR	VERIFICAR		REFUER.		REFUER.	REFUER.	
C/10 AÑOS							REFUER.

VACUNA	DOSIS	FECHA	Vacunatorio Firma	VACUNA	DOSIS	FECHA	Vacunatorio Firma
B.C.G. (Antituberculosa)	1 RA.	7/7/03	leefrey	TRIPLE VIRAL Sarampion Rubeola Paperas	1 RA.	7/19/04	leefrey
	REF.				REF.	16/06/08	Sines
SABIN - SALK (Antipoliomielítica)	1 RA.	3/9/03	Blanca	TRIPLE BACTERIANA Difteria Pertusis Tétanos	1 RA.		
	2 DA.	21/11/03	Ines		2 DA.		
	3 RA.	18/2/04	leefrey		3 RA.		
	REF.	26/8/05	Nuñor		REF.		
	REF.	16/06/08	Sines		REF.	4/3/08	Aguirre
CUADRUPLE BACTERIANA Haemophilus B Difteria Pertusis Tétanos	1 RA.	3/9/03	Blanca	DOBLE ADULTOS Tétanos Difteria	1 RA.		
	2 DA.	21/11/03	Ines		2 DA.		
	3 RA.	18/2/04	leefrey		REF.		
	REF.	26/08/05	Nuñor	OTRAS O CAMPAÑAS	D Viral		26/8/05
HEPATITIS B	1 RA.	18/06	Clin. Zgola				
	2 DA.	3/9/03	Blanca				
	3 RA.	18/2/04	leefrey				
	REF.						

HEPATITIS B:
Los inmunodeprimidos y los nacidos con <de 2 kgs., deben recibir 4 dosis:
AL NACER, al 2º, 4º v 6º mes

LA PROVINCIA DEL NEUQUEN OPTO POR APLICAR ESTE REFUERZO AL EGRESO ESCOLAR
● Verificar dos cicatrices, caso contrario vacunar.

Fotocopiar por los padres en caso de presentar como
CERTIFICACION DE VACUNAS

Nombre y Apellido

Domicilio

20/10/14 dTPo - A Zopda Soto Mariana Belen
DT RO 28/05/26 2335 (001D) Lic. en Enfermería M.P 2487

2 - IDENTIFICACION

APELLIDOS Y NOMBRES		F. NACIM.
DEL NIÑO	COSTA Ignacio	11/06/03
DEL PADRE	COSTA Miguel	21/07/73
DE LA MADRE	ZUNIGA Florin	22/12/76

DOMICILIO 1

Calle y Nº Neuquen 174 Barrio Zapala
 Loc. o Paraje Provincia

DOMICILIO 2

Calle y Nº Barrio
 Loc. o Paraje Provincia

DOMICILIO 3

Calle y Nº Barrio
 Loc. o Paraje Provincia

DOMICILIO 4

Calle y Nº Barrio
 Loc. o Paraje Provincia

DOMICILIO 5

Calle y Nº Barrio
 Loc. o Paraje Provincia

DOMICILIO 6

Calle y Nº Barrio
 Loc. o paraje Provincia

DOMICILIO 7

Calle y Nº Barrio
 Loc. o paraje Provincia

INMUNIZACIONES

PARA QUE EL NIÑO ESTE BIEN VACUNADO, TIENE QUE RECIBIR TODAS LAS DOSIS DE CADA VACUNA QUE FIGURA EN ESTE RECUADRO

EDAD	B C G	HEPATITIS B	SABIN SALK	CUADRUPLE BACTERIANA (DPT + Hib)	TRIPLE VIRAL (SRP)	TRIPLE BACTERIANA (DPT)	DOBLE ADULTO (DT)
AL NACER	1º DOSIS	1º DOSIS					
2 MESES		2º DOSIS	1º DOSIS	1º DOSIS			
4 MESES			2º DOSIS	2º DOSIS			
6 MESES		3º DOSIS	3º DOSIS	3º DOSIS			
12 MESES					1º DOSIS		
18 MESES			REFUER.	REFUER.			
6 AÑOS o 1er. GRADO	2º DOSIS		REFUER.		REFUER.	REFUER.	
AL EGRESO ESCOLAR	VERIFICAR						REFUER.
C/10 AÑOS							

VACUNA	DOSIS	FECHA	Vacunatorio Firma	VACUNA	DOSIS	FECHA	Vacunatorio Firma
B.C.G. (Antituberculosa)	1 RA.	7/7/03	Celestino	TRIPLE VIRAL Sarampion Rubeola Paperas	1 RA.	7/10/04	Celestino
	REF.				REF.		Albino, Ines
SABIN - SALK (Antipoliomielitica)	1 RA.	3/9/03	Blanca	TRIPLE BACTERIANA Difteria Pertusis Tétanos	1 RA.		
	2 DA.	21/11/03	Ines		2 DA.		
	3 RA.	18/2/04	Celestino		3 RA.		
	REF.	26/8/05	Nuño		REF.		
	REF.	16/06/08	Ines		REF.	4/8/08	Aguirre
CUADRUPLE BACTERIANA Haemophilus B Difteria Pertusis Tétanos	1 RA.	3/9/03	Zurera	DOBLE ADULTOS Tétanos Difteria	1 RA.		
	2 DA.	21/11/03	Ines		2 DA.		
	3 RA.	18/2/04	Celestino		REF.		
	REF.	26/08/05	Nuño	OTRAS O PAÑAS			
	1 RA.	18/06	Clin. Zapala				
HEPATITIS B	2 DA.	3/9/03	Celestino				
	3 RA.	18/2/04	Celestino				
	REF.						

HEPATITIS B:
 Los inmunodeprimidos y los nacidos con <de 2 kgs., deben recibir 4 dosis:
 AL NACER, al 2º, 4º y 6º mes

LA PROVINCIA DEL NEUQUEN OPTO POR APLICAR ESTE REFUERZO AL EGRESO ESCOLAR.
 ● Verificar dos cicatrices, caso contrario vacunar.

Fotocopiar por los padres en caso de presentar como CERTIFICACION DE VACUNAS

Nombre y Apellido	
Domicilio	

20/10/14 dTPo - Zapala Soto Mariana Belen 1/2
 DT RO 28/05/26 2335 (0010) Lic. en Enfermería M.P 2487