

CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN

Este documento es importante, cuidalo.

Vacuna	Edad	Menstrual (H)	Antigripal	Triple Bacteriana (dT)	Doble Bacteriana (dT)	Doble Viral (SR)	Triple Bacteriana (dT)	Triple Bacteriana (dT)	Triple Bacteriana (dT)
Antigripal	Antes de los 15 años								
Adultos									
Embarazadas									
Puerperio									
Personal de Salud									

(A) Vacunación universal. Si las hubieran recibido el esquema completo deberí complétarlo. En caso de tener que iniciarlo, aplicar 1ª dosis, 2ª dosis a los 15 días de la primera y 3ª dosis a los 15 días de la segunda.
 (B) En cada embarazo deberán recibir vacuna antigripal en cualquier trimestre de la gestación.
 (C) Puerperas deberán recibir vacuna antigripal si no la hubieran 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) Si no hubieran completado el esquema de vacunación en los últimos 12 meses.
 (F) Si no hubieran completado el esquema de vacunación en los últimos 12 meses.
 (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: BURGOS JUAN JOSE

Fecha de Nacimiento: _____

DNI: 28093336 Sexo: M. F.

Domicilio: _____

Localidad: _____

Provincia: _____

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 (difteria / T. tetanos)	Ref.	17/6/26		CSM...
		17/6/2026		
TRIPLE BACTERIANA ACELULAR (dTpa) (difteria / T. tetanos / pa: tos convulsas)				
DOBLE VIRAL (SR) o TRIPLE VIRAL (SRP) (S: sarampión / R: rubéola / P: paperas)	1ª D.	17/6/26		CSM...
	2ª	17/7/26		
CONTRA LA HEPATITIS B (HB)	1ª dosis	17/6/26		CSM...
	2ª dosis	17/7/26		
	3ª dosis	17/12/26		

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Vacunatorio Firma y Sello
ANTIGRIPIAL				
OTROS				