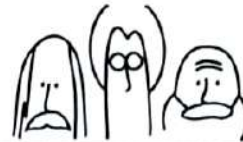


CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN

Este documento es importante, cuidalo.



Vacunas Edad	Hepatitis B (HB)	Antigripal	Triple Bacteriana Acelular (dTpa)	Doble Bacteriana (dT)	Doble Viral (SR) o Triple Viral (SRP)	Fiebre Amarilla (FA)	Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA)
A partir de los 15 años	Iniciar o completar esquema (A)				Iniciar o completar esquemas (F)	Única dosis (G)	Única dosis (H)
Adultos				Refuerzo cada 10 años			
Embarazadas		Una dosis (B)	Una dosis (D)				
Puerperio		Una dosis (C)			Iniciar o completar esquemas (F)	Única dosis (G)	Única dosis (H)
Personal de Salud		Dosis anual	Una dosis (E)				

- (A) Vacunación universal. Si no hubiera recibido el esquema completo deberá completarlo. En caso de tener que iniciarlo: aplicar 1ª dosis, 2ª dosis al mes de la primera y 3ª dosis a los 6 meses de la primera.
- (B) En cada embarazo deberán recibir vacuna antigripal en cualquier trimestre de la gestación.
- (C) Puerperas 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 dTpa en el primer embarazo y en embarazos posteriores si transcurrieron más de 3 años. Aplicar después de la semana 20 de gestación.
- (E) Se indica a personal de salud que asiste a niños menores de 12 meses.
- (F) Si no hubiera constancia de dos dosis aplicadas desde el año de vida.
- (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: Punedy Hugo

34282430 Sexo: ☐ M ☐ F ☐

Fecha de Nacimiento: _____

DNI: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____

Provincia: _____

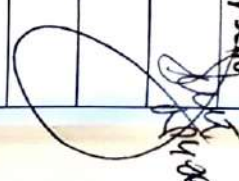
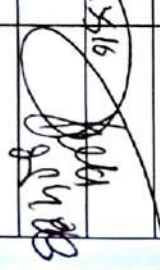


Ministerio de
Salud



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 (d: difteria / t: tetanos)	1a	16/6/16	233480080	
DOBLE VIRAL (SR) o TRIPLE VIRAL (SRP) (S: sarampión / R: rubéola / P: paperas)				
CONTRA LA HEPATITIS B (HB)	1a dosis	16/6/16	233480080	
	2a dosis			
	3a dosis			

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Vacunatorio Firma y Sello
ANTIGRIPIAL				
TRIPLE BACTERIANA ACELULAR (dtpa) (d: difteria / t: tetanos / p: tos convulsa)				
OTROS				