

CERTIFICADO DE VACUNAS APLICADAS EN EL ADULTO

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Vacunatorio Firma y Sello
Doble Bacteriana (dT)				
Doble Viral (SR)				
Hepatitis B (HB)	1º	13/11/00		<i>[Firma]</i> NR 2604
	2º	26/01/01		<i>[Firma]</i> NR 2604
	3º	21/05/01		<i>[Firma]</i> NR 2604

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Vacunatorio Firma y Sello
Gripe				
Triple Bacteriana Acelular (dTpa)		23/4/12		<i>[Firma]</i> NR 2604
Otras				

CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN

Este documento es importante, cuidalo.



Edad	Hepatitis B (HB)	Gripe	Triple bacteriana Acelular (DTaP)	Doble bacteriana (dT)	Doble viral (SR)	Fiebre Amarilla (FA)	Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA)
A partir de los 15 años							Única dosis (F)
16 años				Refuerzo (G)			
Cada 10 años				Refuerzo		Refuerzo (E)	
Embarazadas		Dosis anual		Refuerzo			
Puerperio		Dosis anual (A)			Única dosis (D)		
Personal de Salud	3 dosis	Dosis anual	1 dosis (B)				

(A) Madres de niños menores a 6 meses deberán recibir vacuna antigripal si no la hubiesen recibido durante el embarazo.
 (B) Se indica a personal de Salud que atiende niños menores de 1 año.
 (C) Los que comenzaron el plan con dTpa les corresponderá este refuerzo a los 21 años (cada 10 años).
 (D) Si no hubiera recibido dos dosis de Triple viral o una dosis de Triple viral + 1 dosis de Doble viral.
 (E) Residentes o viajeros en zona de riesgo.
 (F) Residentes o trabajadores con riesgo ocupacional en zona de riesgo.

CERTIFICADO DE VACUNAS APLICADAS ADULTOS

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



Nombre y Apellido: Ocaño Sambueza
Israel Sexo: ☒ M ☐ F

Fecha de Nacimiento: 13 - Nov - 2000

DNI: 43 215 816

Domicilio: Pernisek y San Juan Bosco

Localidad: Cutral-Cu

Provincia: Neuquén



Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

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	1° DOSIS	1° DOSIS					
2 MESES		2° DOSIS	1° DOSIS	1° DOSIS			
4 MESES			2° DOSIS	2° DOSIS			
6 MESES		3° DOSIS	3° DOSIS	3° DOSIS			
12 MESES					1° DOSIS		
18 MESES			REFUER.	REFUER.			
6 AÑOS ó 1er. GRADO	2° 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.	13/1/00		~~DOBLE~~ TRIPLE VIRAL Sarampion Rubeola Paperas	1 RA.	14-11-01	
	REF.				REF.	21/5/02	Ref
SABIN - SALK (Antipoliomielítica)	1 RA.	26/01/01		TRIPLE BACTERIANA	1 RA.		
	2 DA.	28/03/01			2 DA.		
	3 RA.	31/05/01			3 RA.		
	REF.	21/5/02	Ref	Difteria Pertusis Tétanos	REF.	29/08/06	Am
	REF.	31/5/07	Ref		REF.	7/5/12	C4005AD Th
CUADRUPLE BACTERIANA Haemophilus B	1 RA.	26/01/01		DOBLE ADULTOS	1 RA.		
	2 DA.	28/03/01			2 DA.		
	3 RA.	31/05/01			REF.		
	REF.	21/5/02	Ref	OTRAS O CAMPAÑAS	D.V. 13505		Ref
					Ref - T.V.	31/5/07	Ref
HEPATITIS B	1 RA.	13/1/00					
	2 DA.	26/01/01					
	3 RA.	21-5-01	Ref				
	REF.						

HEPATITIS B:

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

Samuel Israel
Senzaga
Perisek. 59 Bona

Verhuir (16-7-10) C P 093 B

dTea (27-4-12) Olga