

CERTIFICADO DE VACUNAS APLICADAS EN EL ADULTO

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Vacunatorio Firma y Sello
DOBLE BACTERIANA (dT) o DOBLE ADULTOS (d: difteria / T: tétanos)	1 ^a	17/2/22	2032	R. Cte
TRIPLE BACTERIANA ACELULAR (dTpa) (d: difteria / T: tétanos / pa: tos convulsa)				
DOBLE VIRAL (SR) o TRIPLE VIRAL (SRP) (S: sarampión / R: rubéola / P: paperas)	1 ^a	17/2/22	2032	R. Cte
	2 ^a	03/22		
CONTRA LA HEPATITIS B (HB)	1a dosis	17/2/22	2032	R. Cte
	2a dosis	03/22		
	3a dosis	08/22		

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Vacunatorio Firma y Sello
ANTIGRI PAL				
Sinopharm	1er dosis	24/06/21	2021053	Villanueva Viviana C. en Enfermería M.P. 669
	2da Dosis	21/07/21	2021053	Agente Sanitario M.P. 1674
OTROS				
SPUTNIK				

CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN

Este documento es importante, cuidalo.

Vacunas Edad	Hepatitis B (HBs)	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 (E)	Una dosis (D)				
Puerperio		Una dosis (C)			Iniciar o completar esquemas (F)		
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) Puérperas 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 en cada embarazo después de la semana 20 de gestación.

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

(F) Si no hubiera constancia de dos dosis aplicadas.

(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: CORIA MAURICIO E.

Fecha de Nacimiento: 07/02/79

DNI: 27.002.899

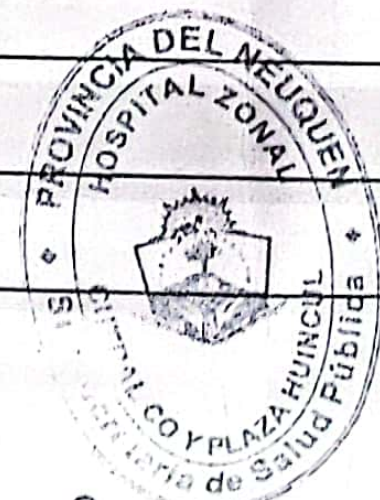
Sexo: M ☐ F ☐

Domicilio: _____

Localidad: CUTRAL CO

Provincia: NQN

Más información:
salud.gob.ar / 0-800-222-1002



Dirección de Control
de Enfermedades
Imunoprevenibles



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación