

CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN

Este documento es importante, cuidalo.

Vacunas Edad	Hepatitis B (HB)	Antigripal	Triple Bacteriana Acetular (dipa)	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 (H)
Adultos			Refuerzo cada 10 años			Única dosis (G)	
Embarazadas		Una dosis (B)	Una dosis (D)				
Puerperio		Una dosis (C)					
Personal de Salud		Dosis anual		Una dosis (E)		Iniciar o completar esquemas (F)	

(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



Nombre y Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____

DNI: _____

Sexo: M ___ F ___

Domicilio: _____

Localidad: _____

Provincia: _____

Más información:

argentina.gov.ar/salud | 0-800-222-1002

