calendario nacional de vacunación

EDAD	HEPATITIS B (HB)	GRIPE	TRIPLE BACTERIANA ACELULAR (dTpa)	DOBLE BACTERIANA (dT)	DOBLE VIRAL (SR)	FIEBRE AMARILLA (FA)	FIEBRE HEMORRAGICA ARGENTINA (FHA)
A PARTIR DE LOS 15 AÑOS	INICIAR O COMPLETAR ESQUEMAS (A)				INICIAR O COMPLETAR ESQUEMA (F)		UNICA DOSIS (H)
ADULTOS	INICIAR O COMPLETAR ESQUEMAS (A)			REFUERZO CADA 10 AÑOS	INICIAR O COMPLETAR ESQUEMA (F)	UNICA DOSIS (G)	
EMBARAZADAS	INICIAR O COMPLETAR ESQUEMAS (A)	UNICA DOSIS (B)	UNICA DOSIS (D)				
PUERPERIO	INICIAR O COMPLETAR ESQUEMAS (A)	UNICA DOSIS (B)	UNICA DOSIS (D)				
PERSONAL DE SALUD	INICIAR O COMPLETAR ESQUEMAS (A)	DOSIS ANUAL	UNICA DOSIS (E)		INICIAR O COMPLETAR ESQUEMA (F)		

(A) Vacunación universal, si no hubiera recibido el esquema completo deberá completarlo.
En caso de iniciarlo, aplicar 1ra. dosis, 2da. dosis al mes de la primera y 3ra. dosis a los 6 meses de la primera dosis.
(B) En caso de embarazo, deberán recibir vacuna antigripal en cualquier trimestre de la gestación.
(C) madres de niños menores de 6 años deberán recibir vacuna antigripal si no la hubieran recibido durante el embarazo.
(D) Aplicar dTpa en el primer embarazo y en embarazos posteriores si hubieran transcurrido más de 3 años. Aplicar después de la semana 20 de gestación.
(E) Se indica a personal de salud que atiende a niños menores de 12 meses.
(F) Si no hubiera constancia del 2 dosis aplicadas desde el año de vida.
(G) Residentes en zonas de riesgo 1ue no hayan recibido con anterioridad la vacuna.
(H) Residentes o trabajadores con riesgo ocupacional en zona de riesgo.

04 . 2018

centro médico

carnet de vacunación

apellido

nombres

domicilio

Corporación del
Mercado Central de Buenos Aires

www.mercadocentral.gob.ar

1 COLOR | PANTONE 300C

certificado de vacunas aplicadas / adultos

VACUNA	DOSIS	FECHA	LOTE	VACUNATORIO FIRMA Y SELLO
Doble Bacteriana (dT)				
Doble Viral (SR)				
Hepatitis B (HB)	**1ra**			
	2da			
	3ra			

VACUNA	DOSIS	FECHA	LOTE	VACUNATORIO FIRMA Y SELLO
Gripe				
Triple Bacteriana Acelular (dTpa)				
Otras				