

# Calendario Nacional de Vacunación

Este documento es importante, cuidalo.

Vacunas Edad	BCC	Hipatitis B HB	Neumococo Conjugado	Quintuple Pentavalente DTP-HB-Hb	Anticipo- médica Inactivada IPV	Rotavirus	Contra Meningococo ACWY	Anti- gripal	Hepatitis A HA	Triple Viral SRP	Varicela	Triple Bacteriana Calular DTP	Triple Bacteriana Acular dTPa	Virus Papiloma Humano VPH	Fiebre Amariila FA (Y)
Recién nacido	Única dosis (A)	Dosis neonatal (B)	1ª dosis	1ª dosis	1ª dosis	1ª dosis (D)									
2 meses			1ª dosis	1ª dosis	1ª dosis	1ª dosis (D)									
3 meses							1ª dosis								
4 meses			2ª dosis	2ª dosis	2ª dosis	2ª dosis (E)									
5 meses							2ª dosis								
6 meses				3ª dosis	3ª dosis										
12 meses			Refuerzo						Única dosis	1ª dosis					
15 meses							Refuerzo	Dosis anual (F)			1ª dosis				
15 a 18 meses				1ª Refuerzo											1ª dosis (I)
18 meses															
24 meses															
5 años					1ª Refuerzo					2ª dosis	2ª Refuerzo				
11 años							Única dosis	Dosis anual (G)					Refuerzo	Única dosis (J)	Refuerzo (K)

(A) Antes de egresar de la maternidad.

(B) En las primeras 12 horas de vida.

(C) Vacunación universal. Si no hubiera recibido el esquema completo 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.

(D) La 1ª dosis debe administrarse antes de las catorce semanas y seis días o tres meses y medio de vida.

(E) La 2ª dosis debe administrarse antes de las veinticuatro semanas o seis meses de vida.

(F) Deberán recibir en la primovacunación 2 dosis de la vacuna separadas al menos por cuatro semanas.

(G) Recomendada para personas con factores de riesgo.

(H) Si no hubiera recibido dos dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, después del año de vida.

(I) Varones y mujeres.

(J) Residentes en zona de riesgo.

(K) Residentes en zonas de riesgo si la 1ª dosis la recibió antes de los 2 años.

(L) Toda persona entre 2 y 59 años residente en zona de riesgo debe recibir 1 dosis (consultar previamente con el equipo de salud las contraindicaciones para esta vacuna).

# Carnet Unificado de Vacunación (CUV)

## NIÑOS Y ADOLESCENTES

Las vacunas son gratuitas y obligatorias.

Nombre y Apellido

Fecha de Nacimiento

DNI

Teléfono

Domicilio

Localidad

Provincia

0800 222 1002  
argentina.gob.ar/salud/vacunas



Carnet Unificado de Vacunas (CUV). Niños y adolescentes.

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Vacunatorio Firma y Sello
<b>HEPATITIS B (HB)</b>	Neonatal			
<b>BCG</b>	Única dosis			
<b>ROTAVIRUS</b>	1° dosis			
	2° dosis			
<b>NEUMOCOCO CONJUGADA</b>	1° dosis			
	2° dosis			
	Refuerzo			
<b>QUÍNTUPLE (DTP-HB-Hib)</b>	1° dosis			
	2° dosis			
	3° dosis			
	1° Refuerzo			
<b>ANTIPOLIO- MIELÍTICA INACTIVADA (IPV)</b>	1° dosis			
	2° dosis			
	3° dosis			
	Refuerzo			
<b>MENINGOCOCO (ACYW)</b>	1° dosis			
	2° dosis			
	Refuerzo			
	Única dosis			

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Vacunatorio Firma y Sello
<b>ANTIGRIPAL</b>	1° dosis			
	2° dosis			
<b>HEPATITIS A</b>	Única dosis			
<b>TRIPLE VIRAL (SRP)</b>	1° dosis			
	2° dosis			
<b>VARICELA</b>	1° dosis			
	2° dosis			
<b>TRIPLE BACTERIANA CELULAR (DTP)</b>	2° Refuerzo			
<b>TRIPLE BACTERIANA ACELULAR (dTpa)</b>	Refuerzo			
<b>VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH)</b>	Única dosis			
<b>FIEBRE AMARILLA (FA)</b>	1° dosis			
	Refuerzo			
<b>OTRAS</b>				