

# SUPLEMENTACIÓN DE VITAMINA "A"

Edad	Dar 100.000 UI		Dar 200.000 UI		
	6 a 11 meses	1 año	2 años	3 años	4 años
Dosis única					
Primera Dosis					
Segunda Dosis					

Notas relacionadas a la vacunación (antecedentes alérgicos, reacciones, etc.):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Proteja y guarde el carnet de vacunación**



**Las vacunas son seguras**

Elaborado mayo 2019

# GUÍA DE VACUNACIÓN

Vacuna	Grupo de población	Edad recomendada				
BCG	Recién Nacido	Al nacer				
Hepatitis B	Recién Nacido	Al nacer				
Poliomielitis	VPI (Inyectable)	Niños	2 meses	4 meses	6 meses*	
	VOP (Oral)	Niños			6 meses	18 meses
Pentavalente	Niños	2 meses	4 meses	6 meses		
Neumococo	Niños	2 meses	4 meses	6 meses	12 a 15 meses**	
Rotavirus	Niños	2 meses	4 meses	6 meses**		
SRP (Sarampión, Rubéola y Parotiditis)	Niños	12 meses	18 meses			
Varicela**	Niños	12 a 18 meses	4 a 6 años			
Hepatitis A	Niños 1 a 16 años	12 meses	18 meses**			
	Grupos en riesgo Mayores de 16 años	Al primer contacto	6 meses después de la 1ra dosis			
DPT (Difteria, Tétanos y Tos ferina)	Refuerzos	18 meses	4 años			
	Refuerzos	11 años	21 años			
Td (Tétanos y Difteria)	Embarazadas No vacunadas	Primer contacto	1 mes después de la 1ra dosis	6 meses después de la 2da dosis	1 año después de la 3ra dosis	1 año después de la 4ta dosis
	Grupos en riesgo	Primer contacto	1 mes después de la 1ra dosis	6 meses después de la 2da dosis	Cada 10 años un refuerzo	
Tdap acelular (Tétanos, Difteria y Tos Ferina)	Refuerzo	11 a 12 años**				
	Embarazadas (27-36 SG)***	En cada embarazo				
	Grupos en riesgo****	Dosis única				
Hepatitis B Adultos	Grupos en riesgo mayores de 15 años	Primer contacto	1 mes después de la 1ra dosis	6 meses después de la 1ra dosis		
	Pacientes diálisis	Primer contacto	1 mes después de la 1ra dosis	2 meses después de la 1ra dosis	6 meses después de la 1ra dosis	
	Victimas agresión sexual	Primer contacto	7 días después la 1ra dosis	21 días después la 1ra dosis	12 meses después de la 1ra dosis	
VPH (Virus del Papiloma Humano)	Niñas ****	11 años	2da dosis, 6 meses después de la 1ra dosis			
SRP - JL (Sarampión, Rubéola y Parotiditis)	Grupos en riesgo	Mayores de 5 años una dosis adicional				
Influenza	Dos dosis	Niños de 6 meses a 8 años vacunados por primera vez con intervalo de 1 mes y después un esquema de una dosis anual.				
	Dosis anual	Grupos en riesgo: embarazadas, enfermos crónicos, adultos mayores de 60 años, trabajadores de la salud y de granjas avícolas				
Fiebre Amarilla	Dosis única	Viajeros mayores de 1 año a países en riesgo de transmisión (Certificado Internacional).				
Menigococo conjugada cuadrivalente (Meningitis)**	Dos dosis	Niños de 9 a 23 meses (intervalo de 3 meses)				
	Dosis única	Niños mayores de dos años				

- \* Solo aplica para inmunodeprimidos
- \*\* Solo aplica para sector privado
- \*\*\* Situación de brote
- \*\*\*\* Sector privado aplica a niños y niñas a partir de los 9 años



SECRETARÍA DE SALUD

## CARNET DE VACUNACIÓN

Nombre:

No. Identidad:

Fecha de Nacimiento:  Día  Mes  Año

Sexo: Mujer  Hombre

No. en el LINVI:

Dirección de Residencia:

Responsable o Tutor:

Número Teléfono/Celular:

Nombre del Establecimiento de Salud:

Código Establecimiento de Salud:

Dirección y número de teléfono del Establecimiento:

**"Por nuestras familias, vacunemos hoy"**



PAI

### Recuerda:

- Las vacunas son gratuitas en el sector público.
- Es obligatorio presentar el carnet para solicitar atención médica, para ingresar a centros educativos y de trabajo.

**Proteja y guarde el carnet de vacunación**

## REGISTRO DE VACUNAS APLICADAS

Vacuna/ Enfermedad que protege	Dosis	Fecha de aplicación			Próxima cita (Día, nombre del mes y año)	Nombre del vacunador
		Día	Mes	Año		
BCG (Tuberculosis)	Única					
Hep B (Hepatitis B)	Recién nacido					
VPI (Poliomielitis)	Primera					
	Segunda					
	Tercera *					
VOP (Poliomielitis)	Tercera					
	Refuerzo					
PENTAVALENTE (Difteria, Tos Ferina, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis y Neumonias por Hib)	Primera					
	Segunda					
	Tercera					
NEUMOCOCO (Neumonias, Meningitis)	Primera					
	Segunda					
	Tercera					
	Refuerzo **					
ROTAVIRUS (Diarrea por Rotavirus)	Primera					
	Segunda					
	Tercera **					
SRP (Sarampión, Rubéola, Parotiditis)	Primera					
	Segunda					
VARICELA **	Primera					
	Segunda					
HEPATITIS A	Primera					
	Segunda					
DPT (Difteria, Tos Ferina, Tétanos)	Primer Refuerzo					
	Segundo Refuerzo					
DT (Difteria y Tétanos) ***	Segunda					
	Tercera					
	Primer Refuerzo					
	Segundo Refuerzo					
Td (Tétanos, Difteria)	Primera					
	Segunda					
	Tercera					
	Cuarta					
	Quinta Refuerzo					
Tdap acelular (Tétanos, Difteria, Tos Ferina)	Dosis (grupos en riesgo)					

## REGISTRO DE VACUNAS APLICADAS

Vacuna/ Enfermedad que protege	Dosis	Fecha de aplicación			Próxima cita (Día, nombre del mes y año)	Nombre del vacunador
		Día	Mes	Año		
Hep B (Hepatitis B) Adultos	Primera					
	Segunda					
	Tercera					
	Cuarta ****					
VPH (Virus del Papiloma Humano)	Primera					
	Segunda					
	Tercera **					
SRP - JL (Sarampión, Rubéola, Parotiditis) *****	Dosis (grupos en riesgo)					
INFLUENZA ESTACIONAL	Primera					
	Segunda					
	Dosis anual					
	Dosis anual					
	Dosis anual					
	Dosis anual					
MENINGOCOCO conjugada cuadivalente (Meningitis) **	Primera					
	Segunda					

- \* Sólo aplica para inmunodeprimidos.
- \*\* Sólo aplica para el sector privado.
- \*\*\* Opcional en caso de efectos adversos al componente pertussis de la vacuna Pentavalente.
- \*\*\*\* Sólo aplica para pacientes de diálisis y víctimas de agresión sexual.
- \*\*\*\*\* Sólo aplica para mayores de cinco años.

### OTRAS VACUNAS:

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Próxima Cita (Día, nombre del mes y año)	Nombre del vacunador
		Día	Mes	Año		

### VACUNAS APLICADAS EN JORNADAS O CAMPAÑAS:

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Próxima Cita (Día, nombre del mes y año)	Nombre del vacunador
		Día	Mes	Año		

No se debe administrar acetaminofén al niño antes de recibir la vacuna

Las vacunas son seguras



Amarillo Pantone 109 C



Azul Pantone 273 C



Azul claro C-40 M-25 Y-0 K-0