Nombres y Apellidos: | **Tipo identificación:** | **No. ID:**

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
Recién nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	25	02	2021	Serum	037965165	ESE mutata				Zuleima Bazzon
	Hepatitis B	Recién nacido	25	02	2021	Serum	032040 13D	ESE mutata				Zuleima Bazzon
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª										
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª							26	04	21	
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª										
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª										
	Diarrea por rotavirus	1.ª										
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª										
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª										
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª										
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª										
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª										
	Diarrea por rotavirus	2.ª										
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª										
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª										
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª										
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª										
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª										
	Influenza estacional	1.ª										
7 meses	Influenza estacional	2.ª										
12 meses	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	1.ª										
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo										
	Varicela	2.ª										
	Hepatitis A	Única										
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo										
	Fiebre amarilla	Única										
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	2.ª										
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

Busca ya las vacunas los gratis, hasta de una!

Escaneado con CamScanner