

# Calendario Vacunatorio

## FIEBRE AMARILLA Exclusivo Zona de Riesgo

| Dosis    | Edad | Fecha | Sello/Firma |
|----------|------|-------|-------------|
| Primera  |      |       |             |
| Refuerzo |      |       |             |

Residentes en zona de riesgo único refuerzo a los diez años de la primera dosis.

## FIEBRE HEMORRÁGICA ARGENTINA Exclusivo Zona de Riesgo

| Dosis    | Edad | Fecha | Sello/Firma | Próxima Dosis |
|----------|------|-------|-------------|---------------|
| Refuerzo |      |       |             |               |

Residentes en zona de riesgo y que no hayan recibido anteriormente la vacuna.

## VACUNAS OPCIONALES Y CAMPAÑAS

| Vacuna | Edad | Fecha | Sello/Firma | Próxima Dosis |
|--------|------|-------|-------------|---------------|
|        |      |       |             |               |
|        |      |       |             |               |
|        |      |       |             |               |
|        |      |       |             |               |
|        |      |       |             |               |
|        |      |       |             |               |
|        |      |       |             |               |
|        |      |       |             |               |
|        |      |       |             |               |
|        |      |       |             |               |



**PREVENCIÓN**  
www.osplad.org.ar/prevencion



Atención al beneficiario desde todo el país  
**0810-666-7752**  
LUNES A VIERNES DE 8 A 20  
info@osplad.org.ar  
www.osplad.org.ar



**0-800-222-SALUD (72583)**  
www.sssalud.gov.ar



# Libreta de Vacunación



Osplad, experiencia y solidaridad toda la vida



Derecho a la igualdad, sin distinción de raza, credo o nacionalidad.



Derecho a una protección especial para su desarrollo físico, mental



Derecho a un nombre y una nacionalidad.



Derecho a una alimentación, vivienda y atención médica adecuadas para el niño y la madre.

**DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS DEL NIÑO**  
Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1959



Derecho a una educación y cuidados especiales para el niño física o mentalmente disminuido.



Derecho a comprensión y amor por parte de los padres y la sociedad.



Derecho a recibir educación gratuita y a disfrutar de los juegos.



Derecho a ser primero en recibir ayuda en casos de desastre.



Derecho a ser protegido contra el abandono y la explotación en el trabajo.



Derecho a formarse en un espíritu de solidaridad, comprensión, amistad y justicia entre los pueblos.

# Información general

Mi nombre es: .....

Mi doctor/doctora se llama: .....

La dirección de su consultorio es: .....

Si estoy enfermo mamá y papá lo llaman al:

Emergencias, urgencias y médico a domicilio:

Afiliado Osplad N°

DNI N°

Sexo:  Femenino  Masculino Fecha de nacimiento:

Nacionalidad: .....

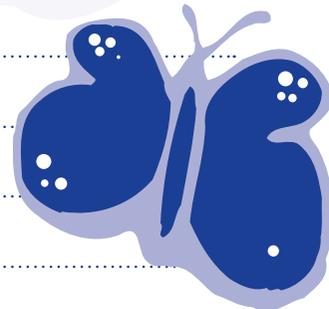
Domicilio: .....

Teléfono:

Grupo sanguíneo y factor: .....

Otros datos de interés: .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



# Calendario Vacunatorio



## BCG

Tuberculosis (formas invasivas)

| Dosis  | Edad | Fecha | Sello/Firma |
|--------|------|-------|-------------|
| Única* |      |       |             |

\* Antes de egresar de la maternidad.

## HEPATITIS B



| Dosis    | Edad | Fecha | Sello/Firma | Próxima Dosis |
|----------|------|-------|-------------|---------------|
| Primera* |      |       |             |               |

\* En las primeras 12 horas de vida. A los 11 años, si no hubiera recibido el esquema completo, deberá completarlo. En caso de tener que iniciar: aplicar 1° dosis, 2° dosis al mes de la primera y 3° dosis a los seis meses de la primera.

## NEUMOCOCO CONJUGADA

Meningitis, Neumonía y Sepsis por Neumococo

| Dosis    | Edad | Fecha | Sello/Firma | Próxima Dosis |
|----------|------|-------|-------------|---------------|
| Primera  |      |       |             |               |
| Segunda  |      |       |             |               |
| Refuerzo |      |       |             |               |

## PENTAVALENTE DTP-HB-HiB

Difteria, Tétanos, Tos Convulsa, Hep B, Haemophilus Influenzae b.

| Dosis   | Edad | Fecha | Sello/Firma | Próxima Dosis |
|---------|------|-------|-------------|---------------|
| Primera |      |       |             |               |
| Segunda |      |       |             |               |
| Tercera |      |       |             |               |

## POLIO (IPV)

(Salk) Poliovirus inactivada

| Dosis   | Edad | Fecha | Sello/Firma | Próxima Dosis |
|---------|------|-------|-------------|---------------|
| Primera |      |       |             |               |
| Segunda |      |       |             |               |

## POLIO (OPV)

(Sabin) Poliovirus oral

| Dosis   | Edad | Fecha | Sello/Firma | Próxima Dosis |
|---------|------|-------|-------------|---------------|
| Primera |      |       |             |               |
| Segunda |      |       |             |               |
| Tercera |      |       |             |               |

# Calendario Vacunatorio



## ROTAVIRUS

| Dosis    | Edad | Fecha | Sello/Firma | Próxima Dosis |
|----------|------|-------|-------------|---------------|
| Primera* |      |       |             |               |
| Segunda  |      |       |             |               |

\* La 1° dosis debe administrarse antes de las catorce semanas y seis días o tres meses y medio. La 2° dosis debe administrarse antes de las veinticuatro semanas o los seis meses de vida.

## MENINGOCOCO

| Dosis       | Edad | Fecha | Sello/Firma | Próxima Dosis |
|-------------|------|-------|-------------|---------------|
| Primera     |      |       |             |               |
| Segunda     |      |       |             |               |
| Refuerzo    |      |       |             |               |
| Única dosis |      |       |             |               |

## GRIPE

| Dosis       | Edad | Fecha | Sello/Firma | Próxima Dosis |
|-------------|------|-------|-------------|---------------|
| Dosis Anual |      |       |             |               |
| Dosis Anual |      |       |             |               |
| Dosis Anual |      |       |             |               |

De 6 a 24 meses de vida, se deben recibir 2 dosis, separadas por al menos 4 semanas si no se hubieran recibido anteriormente dos dosis de vacuna antigripal. Los que ya hayan recibido al menos dos dosis de vacuna antigripal, deberán recibir solo una dosis.

## ANTIHEPATITIS A

| Dosis | Edad | Fecha | Sello/Firma |
|-------|------|-------|-------------|
| Única |      |       |             |

## TRIPLE VIRAL (SRP)

(Triple viral) Sarampión, Rubeóla, Paperas.

| Dosis   | Edad | Fecha | Sello/Firma | Próxima Dosis |
|---------|------|-------|-------------|---------------|
| Primera |      |       |             |               |
| Segunda |      |       |             |               |
| Tercera |      |       |             |               |

A partir de los 15 años, iniciar o completar el esquema 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 para los nacidos después de 1965.

# Calendario Vacunatorio

## VARICELA

| Dosis | Edad | Fecha | Sello/Firma |
|-------|------|-------|-------------|
| Única |      |       |             |

## CUÁDRUPLE O QUÍNTUPLE PENTAVALENTE (DTP-HIB)

| Dosis       | Edad | Fecha | Sello/Firma |
|-------------|------|-------|-------------|
| 1° Refuerzo |      |       |             |

(Cuádruple) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa, Haemophilus influenzae b.

## TRIPLE BACTERIANA CELULAR DTP

| Dosis       | Edad | Fecha | Sello/Firma |
|-------------|------|-------|-------------|
| 2° Refuerzo |      |       |             |

(Triple Bacteriana Celular) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa.

## TRIPLE BACTERIANA ACELULAR DTPa

| Dosis    | Edad | Fecha | Sello/Firma |
|----------|------|-------|-------------|
| Refuerzo |      |       |             |

(Triple Bacteriana Acelular) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa.

## VIRUS PAPILOMA HUMANO VPH

| Dosis   | Edad | Fecha | Sello/Firma | Próxima Dosis |
|---------|------|-------|-------------|---------------|
| Primera |      |       |             |               |
| Segunda |      |       |             |               |

A los 11 años, 2 dosis separadas por intervalo mínimo de 6 meses.

## DOBLE BACTERIANA DT

| Dosis    | Edad | Fecha | Sello/Firma | Próxima Dosis |
|----------|------|-------|-------------|---------------|
| Refuerzo |      |       |             |               |
| Refuerzo |      |       |             |               |

Refuerzo cada 10 años.

## DOBLE VIRAL SR o TRIPLE VIRAL

| Dosis    | Edad | Fecha | Sello/Firma | Próxima Dosis |
|----------|------|-------|-------------|---------------|
| Refuerzo |      |       |             |               |
| Refuerzo |      |       |             |               |

A partir de los 15 años, iniciar o completar el esquema, 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 para los nacidos después de 1965.

# CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN

El Estado Nacional garantiza VACINAS GRATUITAS en centros de salud y hospitales públicos de todo el país

| Vacunas                    | BCG (1) | Hepatitis B HB (2)           | Measles (3) | Quintuple DTP-Hib-Hb (4) | Polio IPV (5) OPV (6) | Rotavirus (7) | Meningococo (8) | Gripe (9) | Hepatitis A HA (10) | Triple Viral SR (11) | Varicela (12) | Cuádruple o Quintuple Pentaivalente DTP-Hib (13) | Triple Bacteriana Celular DTP (14) | Triple Bacteriana Acelular DTPa (15) | Virus Papiloma Humano VPH (16) | Doble Bacteriana dT (17) | Doble Viral SR (18) | EXCLUSIVO ZONAS DE RIESGO |                                       |
|----------------------------|---------|------------------------------|-------------|--------------------------|-----------------------|---------------|-----------------|-----------|---------------------|----------------------|---------------|--|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------------|---------------------------|---------------------------------------|
|                            |         |                              |             |                          |                       |               |                 |           |                     |                      |               |  |                                    |                                      |                                |                          |                     | Fiebre Amarilla FA (19)   | Fiebre Hemorrágica Argentina FHA (20) |
| Recién nacido              |         | única dosis (a) neonatal (8) |             |                          |                       |               |                 |           |                     |                      |               |  |                                    |                                      |                                |                          |                     |                           |                                       |
| 2 meses                    |         |                              | 1° dosis    | 1° dosis                 | 1° dosis              | 1° dosis (D)  |                 |           |                     | única dosis          |               |  |                                    |                                      |                                |                          |                     |                           |                                       |
| 3 meses                    |         |                              |             |                          |                       |               | 1° dosis        |           |                     |                      |               |  |                                    |                                      |                                |                          |                     |                           |                                       |
| 4 meses                    |         |                              | 2° dosis    | 2° dosis                 | 2° dosis              | 2° dosis (E)  |                 |           |                     |                      |               |  |                                    |                                      |                                |                          |                     |                           |                                       |
| 5 meses                    |         |                              |             |                          |                       |               |                 |           |                     |                      |               |  |                                    |                                      |                                |                          |                     |                           |                                       |
| 6 meses                    |         |                              |             | 3° dosis                 | 3° dosis              |               |                 |           |                     |                      |               |  |                                    |                                      |                                |                          |                     |                           |                                       |
| 12 meses                   |         |                              | refuerzo    |                          |                       |               |                 |           |                     |                      |               |  |                                    |                                      |                                |                          |                     |                           |                                       |
| 15 meses                   |         |                              |             |                          |                       |               | refuerzo        |           |                     | única dosis          |               |  |                                    |                                      |                                |                          |                     |                           |                                       |
| 15-18 meses                |         |                              |             |                          |                       |               |                 |           |                     |                      |               | 1° refuerzo                                      |                                    |                                      |                                |                          |                     |                           |                                       |
| 18 meses                   |         |                              |             |                          |                       |               |                 |           |                     |                      |               |  |                                    |                                      |                                |                          |                     |                           |                                       |
| 24 meses                   |         |                              |             |                          |                       |               |                 |           |                     | 2° dosis             |               |  | 2° refuerzo                        |                                      |                                |                          |                     |                           |                                       |
| 5-6 años (ingreso escolar) |         |                              |             |                          |                       |               |                 |           |                     |                      |               |  |                                    |                                      |                                |                          |                     |                           |                                       |
| 11 años                    |         |                              |             |                          |                       |               |                 |           |                     |                      |               |  |                                    |                                      |                                |                          |                     |                           |                                       |
| A partir de los 15 años    |         |                              |             |                          |                       |               |                 |           |                     |                      |               |  |                                    |                                      |                                |                          |                     |                           |                                       |
| Adultos                    |         |                              |             |                          |                       |               |                 |           |                     |                      |               |  |                                    |                                      |                                |                          |                     |                           |                                       |
| Embarazadas                |         |                              |             |                          |                       |               |                 |           |                     |                      |               |  |                                    |                                      |                                |                          |                     |                           |                                       |
| Puerperio                  |         |                              |             |                          |                       |               |                 |           |                     |                      |               |  |                                    |                                      |                                |                          |                     |                           |                                       |
| Personal de salud          |         |                              |             |                          |                       |               |                 |           |                     |                      |               |  |                                    |                                      |                                |                          |                     |                           |                                       |

(1) BCG: Bacilos (formas vivas)  
 (2) HB: Hepatitis B  
 (3) Measles: Measles  
 (4) DTP-Hib-Hb: (Triple Bacteriana Celular) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa, Haemophilus influenzae b.  
 (5) IPV: (Virus Papiloma Humano) Inyectado  
 (6) OPV: (Virus Papiloma Humano) Oral  
 (7) Rotavirus  
 (8) Meningococo  
 (9) Gripe  
 (10) HA: Hepatitis A  
 (11) SR: (Triple Viral) Sarampión, Rubéola, Paperas.  
 (12) Varicela  
 (13) DTP-Hib: (Triple Bacteriana Celular) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa, Haemophilus influenzae b.  
 (14) DTPa: (Triple Bacteriana Acelular) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa.  
 (15) VPH: (Virus Papiloma Humano) Inyectado  
 (16) VPH: (Virus Papiloma Humano) Oral  
 (17) dT: (Doble Bacteriana) Difteria, Tétanos  
 (18) SR: (Doble Viral) Sarampión, Rubéola  
 (19) FA: (Fiebre Amarilla)  
 (20) FHA: (Fiebre Hemorrágica Argentina)

(A) Antes de egresar de la maternidad.  
 (B) En las primeras 12 horas de vida.  
 (C) En los primeros 3 meses de vida.  
 (D) En los primeros 3 meses de vida.  
 (E) En los primeros 3 meses de vida.  
 (F) Iniciar o completar el esquema antes de los 6 meses de vida.  
 (G) Iniciar o completar el esquema antes de los 6 meses de vida.  
 (H) Iniciar o completar el esquema antes de los 6 meses de vida.  
 (I) Iniciar o completar el esquema antes de los 6 meses de vida.  
 (J) Iniciar o completar el esquema antes de los 6 meses de vida.  
 (K) Iniciar o completar el esquema antes de los 6 meses de vida.  
 (L) Iniciar o completar el esquema antes de los 6 meses de vida.  
 (M) Iniciar o completar el esquema antes de los 6 meses de vida.  
 (N) Iniciar o completar el esquema antes de los 6 meses de vida.  
 (O) Iniciar o completar el esquema antes de los 6 meses de vida.  
 (P) Iniciar o completar el esquema antes de los 6 meses de vida.  
 (Q) Iniciar o completar el esquema antes de los 6 meses de vida.  
 (R) Iniciar o completar el esquema antes de los 6 meses de vida.  
 (S) Iniciar o completar el esquema antes de los 6 meses de vida.  
 (T) Iniciar o completar el esquema antes de los 6 meses de vida.  
 (U) Iniciar o completar el esquema antes de los 6 meses de vida.  
 (V) Iniciar o completar el esquema antes de los 6 meses de vida.  
 (W) Iniciar o completar el esquema antes de los 6 meses de vida.  
 (X) Iniciar o completar el esquema antes de los 6 meses de vida.  
 (Y) Iniciar o completar el esquema antes de los 6 meses de vida.  
 (Z) Iniciar o completar el esquema antes de los 6 meses de vida.

(K) Personal de salud que asistan menores de 12 meses. Revacunar cada 3 años.  
 (L) Residentes en zonas de riesgo.  
 (M) Residentes en zonas de riesgo.  
 (N) Residentes en zonas de riesgo.  
 (O) Residentes en zonas de riesgo.  
 (P) Residentes en zonas de riesgo.  
 (Q) Residentes en zonas de riesgo.  
 (R) Residentes en zonas de riesgo.  
 (S) Residentes en zonas de riesgo.  
 (T) Residentes en zonas de riesgo.  
 (U) Residentes en zonas de riesgo.  
 (V) Residentes en zonas de riesgo.  
 (W) Residentes en zonas de riesgo.  
 (X) Residentes en zonas de riesgo.  
 (Y) Residentes en zonas de riesgo.  
 (Z) Residentes en zonas de riesgo.



Para más información:  
 0-800-272-1002 salud.gob.ar