

CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN

El Estado Nacional garantiza:
vacunas **GRATUITAS** en centros de salud
y hospitales públicos de todo el país

Edad	BCG (1)	Hepatitis B HB (2)	Neumococo Conjugada (3)	Pentavalente DTP-HB-Hib (4)	Cuádruple DTP-Hib (5)	Sabin OPV (6)	Triple Viral SRP (7)	Gripe	Hepatitis A HA (8)	Triple bacteriana celular DTP (9)	Triple bacteriana acelular dTap (10)	Doble bacteriana dT (11)	VPH (12)	Doble viral SR (13)	Fiebre Amarilla FA (14)	Fiebre Hemorrágica Argentina FHA (15)	
Recién nacido	Única dosis (A)	1º dosis (B)															
2 meses			1º dosis	1º dosis		1º dosis											
4 meses			2º dosis	2º dosis		2º dosis											
6 meses				3º dosis		3º dosis											
12 meses			Refuerzo				1º dosis	Dosis Anual (E)	Única dosis						1º dosis		
18 meses				1º Refuerzo		4º dosis											
24 meses																	
5-6 años (ingreso escolar)						Refuerzo	2º dosis			2º Refuerzo							
11 años		Iniciar o completar esquema (C)					Iniciar o completar esquema (D)				Refuerzo		3 dosis (J) (mujeres)				
A partir de los 15 años																Única dosis	
16 años												Refuerzo (I)					
Cada 10 años												Refuerzo			Refuerzo		
Embarazadas								Dosis Anual (F)				Refuerzo (K)					
Puerperio								Dosis Anual (G)						Única dosis (D)			
Personal de salud		3 dosis						Dosis Anual			1 dosis (H)						

- (A) Antes de egresar de la maternidad.
 (B) En las primeras 12 horas de vida.
 (C) Si no hubiera recibido el esquema completo deberá completarlo.
 En caso de tener que iniciarlo: aplicar 1º dosis, 2º dosis al mes de la primera y 3º dosis a los 6 meses de la primera.
 (D) Si no hubiera recibido dos dosis de Triple Viral o una de Triple Viral más una dosis de Doble Viral.
 (E) Deberán recibir en la primovacunación 2 dosis de vacuna separadas al menos por cuatro semanas.
 (F) En cualquier trimestre de la gestación.
 (G) Madres de niños menores a 6 mes es que no se vacunaron durante el embarazo.
 (H) Personal de salud que atiende niños menores a 1 año.
 (I) Los que comenzaron el plan dT pa les correspondará este refuerzo a los 21 años.
 (J) Aplicar 1º dosis, 2º dosis al mes de la primera y 3º dosis a los 6 meses de la primera.
 (K) Iniciar o completar el esquema.

- (1) BCG: Tuberculosis (formas invasivas)
 (2) HB: Hepatitis B
 (3) Previene la meningitis, neumonía y sepsis por neumococo.
 (4) DTP-HB-Hib: (Pentavalente) difteria, tétanos, Tos convulsa, Hep B, Haemophilus influenzae b.
 (5) DTP-Hib: (Cuádruple) difteria, tétanos, Tos convulsa, Haemophilus influenzae b.
 (6) OPV: (Sabin) poliomielitis oral.
 (7) SRP: (Triple viral) sarampión, rubéola, paperas.
 (8) HA: Hepatitis A
 (9) DTP: (Triple bacteriana celular) difteria, tétanos, Tos convulsa.
 (10) dTpa: (Triple bacteriana acelular) difteria, tétanos, Tos convulsa.
 (11) dT (Doble bacteriana) difteria, tétanos.
 (12) VPH: Virus papiloma humano.
 (13) SR: (Doble viral) sarampión, rubéola.
 (14) FA: (Fiebre amarilla) residentes o viajeros a zonas de riesgo.
 (15) FHA: (Fiebre hemorrágica argentina) residentes o trabajadores con riesgo ocupacional en zonas de riesgo.

Más información al:
0-800-222-1002

o en:
WWW.M.SAL.GOV.AR

