

Calendario Nacional de Vacunación

Edad	BCG (1)	Hepatitis B HB (2)	Neumococo Conjugada (3)	Quíntuple Pentavalente DTP-HB-Hib (4)	Rotavirus (5)	Cuádruple o Quíntuple Pentavalente (6)	Polio (7)	Triple Viral SRP (8)	Gripe (9)	Hepatitis A HA (10)	Triple Bacteriana Acelular (dIpa) (12)	Doble Bacteriana (dT) (13)	Virus Papiloma Humano VPH (14)	Doble Viral (SR) (15)	Fiebre Amarilla (FA) (16)	Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA) (17)	
Recién Nacido	Única dosis (A)	Dosis Neonatal (B)															
2 meses			1º dosis	1º dosis	1º dosis (D)		1º dosis										
4 meses			2º dosis	2º dosis	2º dosis (E)		2º dosis										
6 meses				3º dosis			3º dosis		Dosis Anual (G)								
12 meses			Refuerzo				1º dosis			Única dosis							
15 meses																	
15-18 meses						1º Refuerzo	4º dosis										
18 meses																1º dosis	
24 meses																	
5-6 años (ingreso escolar)							Refuerzo	2º dosis (E)			2º Refuerzo						
11 años		Iniciar o completar esquema (C)						Iniciar o completar esquema (F)			Refuerzo		Sólo para niñas		Refuerzo (H)		
A partir de los 15 años																Única dosis (N)	
Adultos		Iniciar o completar esquema (C)										Refuerzo (K)		Iniciar o completar esquema (F)			
Embarazadas									Dosis Anual (H)		Refuerzo (L)						
Puerperio									Dosis Anual (I)					Iniciar o completar esquema (F)			
Personal de Salud		Iniciar o completar esquema (C)							Dosis Anual		Única dosis (J)			Iniciar o completar esquema (F)			

(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) La primera dosis debe administrarse antes de las 14 semanas y 6 días o 3 meses y medio.

(E) La última dosis debe administrarse antes de las 24 semanas o los 6 meses de vida.

(F) Si no hubiera recibido 2 dosis de Triple Viral o 1 de Triple Viral más una dosis de Doble Viral.

(G) Deberán recibir en la primer vacunación 2 dosis de vacuna separadas al mes por 4 semanas.

(H) En cualquier trimestre de la gestación.

(I) Puerperas hasta el egreso de la maternidad, que no se vacunaron durante el embarazo.

(J) Personal de salud que atiende niños menores a 1 año.

(K) A los 10 años de la última vacunación antitetánica.

(L) A partir de la semana 20 de gestación.

(M) Residentes en zonas de riesgo.

(N) Residentes en zonas de riesgo. Único refuerzo a los 10 años de la 1º dosis.

(Ñ) Residentes o trabajadores con riesgo ocupacional en zonas de riesgo.

(1) BCG: Tuberculosis (formas invasivas).

(2) HB: Hepatitis B.

(3) Previene la Meningitis, Neumonía y Sepsis por Neumococo.

(4) DTP-HB-Hib: (Quíntuple/Pentavalente) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa, Hep B, Haemophilus Influenzae b.

(5) ROTAVIRUS.

(6) Cuádruple DTO-Hib: Difteria, Tétanos, Tos convulsa, Haemophilus influenzae b. Quíntuple/Pentavalente:

Difteria, Tétanos, Tos Convulsa, Hep B, Haemophilus Influenzae b. Aplicar la que esté disponible.

(7) Vacuna contra la Poliomielitis.

(8) SRP: (Triple viral) Sarampión, Rubeóla, Paperas.

(9) GRIPE

(10) HA: Hepatitis A.

(11) DTP: (Triple Bacteriana Acelular) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa.

(12) dTpa: (Triple Bacteriana Acelular) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa.

(13) dT: (Doble Bacteriana) Difteria, Tétanos.

(14) VPH: Virus Papiloma Humano, causante del 100% de los casos de cáncer de cuello de útero.

(15) SR: (Doble Viral) Sarampión, Rubeóla.

(16) FA: (Fiebre Amarilla). Fiebre hemorrágica argentina.



Para más información contactate con tu Productor Asesor o llámá al 0810 888 0010

www.prevencionsalud.com.ar

Más información:
www.msal.gov.ar
vacunas@msal.gov.ar
 0800-222-1002

