

Nombre del niño(s): _____

Fecha(s) de nacimiento: _____

Fecha de inscripción: _____

VACUNAS OBLIGATORIAS

Vacuna	Tipo de vacuna	Dosis	Horario normal	Fecha dada			Doctora o clínica administradora
				Mes	Día	Año	
Vacuna antipoliomielítica oral o vacuna antipoliomielítica oral		1	2 meses.				
		2	4 meses.				
		3	6 - 18 meses.				
		4	4 - 6 años.				
DTP/DT/DTaP Difteria Tétanos Tos ferina		1	2 meses.				
		2	4 meses.				
		3	6 meses.				
		4	15 - 18 meses.				
		5	4 - 6 años.				
Tdap		1	11 - 18 años.				
Td/Tétano y difteria							
Hib Haemophilus influenza b		1	2 meses.				
		2	4 meses.				
		3	6 meses.				
		4	12 - 15 meses.				
M-M-R		1	12 - 15 meses.				
		2					
Hepatitis A		1					
		2					
Hepatitis B		1					
		2					
		3					
Varicela fecha de la enfermedad		1	12 - 18 meses.				
		2					
Meningococo Conjugada		1					
PCV Vacuna antineumocócica conjugada		1	2 meses.				
		2	4 meses.				
		3	6 meses.				
		4	12 - 15 meses.				
Rotavirus		1	2 meses.				
		2	4 meses.				
		3	6 meses.				

Certifico que la información anterior es correcta según mi leal saber y entender.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

No deseo tener (nombre del niño) _____ inmunizado. El motivo de la decisión es: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____