

# Vacunas recomendadas para adolescentes: 7-18 años

La tabla siguiente muestra cuando su hijo/a debe recibir sus vacunas. Marque las casillas  para que le ayuden a dar seguimiento.

Nombre del/de la menor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Vacuna	7-8 años	9-10 años	11-12 años	13-15 años	16-18 años
<b>Influenza</b> (gripe) <small>anual</small>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>HPV</b> (Virus del papiloma humano)			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 dosis	(al menos cinco meses entre dosis)	
<b>Meningitis meningocócica ACWY</b>			<input type="checkbox"/> 1 dosis		<input type="checkbox"/> refuerzo
<b>Meningitis meningocócica B</b>					
<b>Neumocócica</b>					
<b>Tdap</b> (tétanos, difteria, tos ferina)			<input type="checkbox"/> 1 dosis		
<b>Hepatitis A</b>					
<b>Hepatitis B</b>					
<b>MMR</b> (sarampión, paperas, rubeola)					
<b>Polio</b>					
<b>Varicela</b>					

Requisito de edad recomendada
  Recomendada para adolescentes de alto riesgo
  Al corriente con las que perdieron

Puede obtener esto en otros idiomas, en letra grande, braille o en un formato que usted prefiera. También puede recibir los servicios de un intérprete. Esta ayuda es gratuita. Llame al servicio de atención al cliente 855-722-8206 o TTY 711. Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.