

Vacunas recomendadas para niños: Del nacimiento a los 6 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 menor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Vacuna	nacimiento	meses								años		
		1	2	4	6	12	15	18	24	4	5	6
Varicela						<input type="checkbox"/> 1.a				<input type="checkbox"/> 2.a		
DTaP (difteria)			<input type="checkbox"/> 1.a	<input type="checkbox"/> 2.a	<input type="checkbox"/> 3.a		<input type="checkbox"/> 4.a			<input type="checkbox"/> 5.a		
Hib (bacteria de la gripe haemophilus influenzae)			<input type="checkbox"/> 1.a	<input type="checkbox"/> 3.a	<input type="checkbox"/> 3.a	<input type="checkbox"/> 4.a						
Hepatitis A						<input type="checkbox"/> 1.a y <input type="checkbox"/> 2.a (por lo menos con 6 meses de diferencia)						
Hepatitis B	<input type="checkbox"/> 1.a	<input type="checkbox"/> 2.a			<input type="checkbox"/> 3.a							
Vacuna para la gripa (influenza)					<input type="checkbox"/> años				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MMR (sarampión, paperas, rubeola)						<input type="checkbox"/> 1.a				<input type="checkbox"/> 2.a		
Neumocócica (PCV)			<input type="checkbox"/> 1.a	<input type="checkbox"/> 2.a	<input type="checkbox"/> 3.a	<input type="checkbox"/> 4.a						
Polio (IPV)			<input type="checkbox"/> 1.a	<input type="checkbox"/> 2.a	<input type="checkbox"/> 3.a					<input type="checkbox"/> 4.a		
Rotavirus (RV)			<input type="checkbox"/> 1.a	<input type="checkbox"/> 2.a	<input type="checkbox"/> 3.a							

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.