



# Calendario Nacional de Vacunación

El Estado Nacional garantiza vacunas gratis en centros de salud y hospitales públicos de todo el país



Edad	BCG	Hepatitis B HB	Neumococo Conjugada	Quintuple Pentavalente DTP - HB - Hib	Cuádruple Quintuple Pentavalente	Sabin OPV	Triple viral SRP	Gripe	Hepatitis A HA	Triple bacteriana celular dTp	Triple bacteriana acelular dTap	Doble bacteriana dT	VPH	Doble viral SR	Fiebre amarilla FA	Fiebre Hemorrágica Argentina FHA
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							
15 - 18 meses					1º Refuerzo	4º dosis										
18 meses															1º dosis (k)	
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		3º dosis mujeres		Refuerzo (L)	
A partir de los 15 años																Única dosis (M)
Adultos		Iniciar o completar esquema (c)										Refuerzo (i)		Iniciar o completar esquema (d)		
Embarazadas								Dosis anual (f)			Refuerzo (J)					
Puerperio								Dosis anual (g)						Iniciar o completar esquema (d)		
Personal de salud		Iniciar o completar esquema (c)						Dosis anual			Única dosis (h)			Iniciar o completar esquema (d)		

**A** • Antes de egresar de la maternidad. **B** • En los 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 a una de Triple Viral más una dosis de Doble Viral. **E** • Deberán recibir en la primovacuna 2 dosis de vacunas separadas al menos por cuatro semanas. **F** • En cualquier trimestre de la gestación. **G** • Madres de niños menores a 6 meses que no se vacunaron durante el embarazo. **H** • Personal de salud que atiende niños menores a 1 año. **I** • A los 10 años de la última vacunación antitetánica. **J** • A partir de la semana 20 de gestación. **K** • Residentes en zonas de riesgo. **L** • Residentes en zonas de riesgo. Único refuerzo a los 10 años de la 1º dosis. **M** • Residentes o trabajadores con riesgo ocupacional en zonas de riesgo.

**BCG** • Tuberculosis (formas invasivas) **HB** • Hepatitis B. Previene la Meningitis, Neumonía y Sepsis por Neumococo. **DTP-HB-Hib** • (Quintuple/Pentavalente) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa, Hep B, Haemophilus Influenzae b. **Cuádruple DTO-Hib** • Difteria, Tétanos, Tos Convulsa, Haemophilus influenzae b. **Quintuple/Pentavalente** • Difteria, Tétanos, Tos Convulsa, Hep B, Haemophilus Influenzae b. Aplicar la que este disponible. **OPV** • (Sabin) Poliomieltitis Oral. **SRP** • (Triple viral) Sarampión, Rubeola, Paperas. **GRIPE**. **HA** • Hepatitis A **DTP** • (Triple Bacteriana Acelular) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa. **dTpa** • (Triple Bacteriana Acelular) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa. **dT** (Doble Bacterinana) Difteria, Tétanos. **VPH** • Virus Papiloma Humano, causante del 100% de los casos de cáncer de cuello de útero. **SR** • (Doble Viral) Sarampión, Rubeola. **FA** • (Fiebre Amarilla). **FHA** • (Fiebre hemorrágica argentina)

