

# 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
<b>Varicela</b>						<input type="checkbox"/> 1.a					<input type="checkbox"/> 2.a	
<b>DTaP</b> (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	
<b>Hib</b> (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						
<b>Hepatitis A</b>						<input type="checkbox"/> 1.a y <input type="checkbox"/> 2.a (por lo menos con 6 meses de diferencia)						
<b>Hepatitis B</b>	<input type="checkbox"/> 1.a	<input type="checkbox"/> 2.a			<input type="checkbox"/> 3.a							
<b>Vacuna para la gripa</b> (influenza)					<input type="checkbox"/> años			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>MMR</b> (sarampión, paperas, rubeola)						<input type="checkbox"/> 1.a					<input type="checkbox"/> 2.a	
<b>Neumocócica</b> (PCV)			<input type="checkbox"/> 1.a	<input type="checkbox"/> 2.a	<input type="checkbox"/> 3.a	<input type="checkbox"/> 4.a						
<b>Polio</b> (IPV)			<input type="checkbox"/> 1.a	<input type="checkbox"/> 2.a	<input type="checkbox"/> 3.a						<input type="checkbox"/> 4.a	
<b>Rotavirus</b> (RV)			<input type="checkbox"/> 1st	<input type="checkbox"/> 2nd	<input type="checkbox"/> 3rd							

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 800-224-4840 o TTY 711. Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.