



_____'s
(nombre de su bebé)
**Calendario de
vacunación**



**¡La salud de los
niños es importante!**

Lleve un registro de las vacunas de su hijo(a) con este calendario.

Use esta tabla práctica para estar al día con las vacunas recomendadas para su pequeño(a).



Nacimiento

Fecha _____

- ♥ HepB (Hepatitis B)



2 meses

Fecha _____

- ♥ 2ª dosis HepB
- ♥ RV (RotaVirus)
- ♥ DTaP (difteria, tos ferina, tétanos)
- ♥ HiB (Haemophilus influenzae tipo b)
- ♥ PCV (enfermedad neumocócica)
- ♥ IPV (poliomielitis)



4 meses

Fecha _____

- ♥ 2ª dosis de RotaVirus
- ♥ 2ª dosis DTaP
- ♥ 2ª dosis HiB
- ♥ 2ª dosis PCV
- ♥ 2ª dosis IPV



6 meses

Fecha _____

- ♥ 3ª Dosis HepB
- ♥ 3ª dosis de RotaVirus (dependiendo de la marca)
- ♥ 3ª Dosis DTaP
- ♥ 3ª HiB (dependiendo de la marca)
- ♥ 3ª dosis PCV
- ♥ 3ª dosis IPV
- ♥ COVID - 19 (el número de dosis recomendadas depende de la edad del (de la) niño(a))
- ♥ Gripe (una o dos dosis anuales)



12 meses

Fecha _____

- ♥ 4ª dosis HiB
- ♥ 4ª dosis PCV
- ♥ MMR (sarampión, paperas y rubéola)
- ♥ Varicela
- ♥ HepA (Hepatitis A)



15 meses

Fecha _____

- ♥ DTaP



18 meses

Fecha _____

- ♥ 2ª dosis HepA



Puede ser elegible para ganar recompensas de My Health Pays cuando complete actividades de salud elegibles. Escanee el código QR para obtener más información o llame a nuestro Servicio para los Miembros al 1-844-366-2880



www.SilverSummitHealthplan.com

