

ALUMNOS
FORMULARIO
Nº33

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
Universidad Nacional de La Plata



CERTIFICADO DE VACUNACIÓN INCOMPLETA

Por la presente dejo constancia que.....

Tipo y N° de documento:.....tiene incompleto el Calendario Nacional de Vacunación de la República Argentina acorde a la edad (Triple Viral, Hepatitis B y Triple Bacteriana en cualquiera de sus formas de aplicación). Se calcula un plazo de días/meses para poder completarla.

Sello y matrícula del médico

Firma del médico

ALUMNOS
FORMULARIO
Nº33

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
Universidad Nacional de La Plata



CERTIFICADO DE VACUNACIÓN INCOMPLETA

Por la presente dejo constancia que.....

Tipo y N° de documento:.....tiene incompleto el Calendario Nacional de Vacunación de la República Argentina acorde a la edad (Triple Viral, Hepatitis B y Triple Bacteriana en cualquiera de sus formas de aplicación). Se calcula un plazo de días/meses para poder completarla.

Sello y matrícula del médico

Firma del médico

NOMBRE DE LA VACUNA	VACUNA	ABREVIATURAS	DOSIS	OBSERVACION
TRIPLE BACTERIANA	DIFTERIA TÉTANOS PERTUSSIS	D.P.T	5	DEBE CERTIFICAR UNO SOLO DE LOS DOS ESQUEMAS DE APLICACIÓN (DPT O DPT + Hib + UNA DOSIS DPT AL INGRESO ESCOLAR
	DIFTERIA	D.P.T + Hib	4	
	TÉTANOS PERTUSSIS HAEMOPHILUS			
	DIFTERIA TÉTANOS PERTUSSIS	D.P.T	1	
	DIFTERIA TÉTANOS	d.T	1 o 2	SEGÚN EDAD (>16AÑOS O >26 AÑOS)
TRIPLE VIRAL	RUBEOLA SARAMPIÓN PAROTIDITIS	TRIPLE VIRAL SRP O MMR	2	
	RUBEOLA SARAMPIÓN PAROTIDITIS	TRIPLE VIRAL SRP O MMR	1	DEBE CERTIFICAR UNO SOLO DE LOS DOS ESQUEMAS DE APLICACIÓN. DOSIS DESPUÉS DE LOS 13 MESES
	RUBEOLA SARAMPIÓN	DOBLE VIRAL SR O MR	1	DESPUÉS DE 13 MESES
HEPATITIS B	HEPATITIS B		3	DEBE CERTIFICARSE EL ÚNICO ESQUEMA DE APLICACIÓN

NOMBRE DE LA VACUNA	VACUNA	ABREVIATURAS	DOSIS	OBSERVACION
TRIPLE BACTERIANA	DIFTERIA TÉTANOS PERTUSSIS	D.P.T	5	DEBE CERTIFICAR UNO SOLO DE LOS DOS ESQUEMAS DE APLICACIÓN (DPT O DPT + Hib + UNA DOSIS DPT AL INGRESO ESCOLAR
	DIFTERIA	D.P.T + Hib	4	
	TÉTANOS PERTUSSIS HAEMOPHILUS			
	DIFTERIA TÉTANOS PERTUSSIS	D.P.T	1	
	DIFTERIA TÉTANOS	d.T	1 o 2	SEGÚN EDAD (>16AÑOS O >26 AÑOS)
TRIPLE VIRAL	RUBEOLA SARAMPIÓN PAROTIDITIS	TRIPLE VIRAL SRP O MMR	2	
	RUBEOLA SARAMPIÓN PAROTIDITIS	TRIPLE VIRAL SRP O MMR	1	DEBE CERTIFICAR UNO SOLO DE LOS DOS ESQUEMAS DE APLICACIÓN. DOSIS DESPUÉS DE LOS 13 MESES
	RUBEOLA SARAMPIÓN	DOBLE VIRAL SR O MR	1	DESPUÉS DE 13 MESES
HEPATITIS B	HEPATITIS B		3	DEBE CERTIFICARSE EL ÚNICO ESQUEMA DE APLICACIÓN