



## Vacunas para bebés



¿Necesita un seguro de salud para su hijo?  
Solicítelo en [www.floridakidcare.org](http://www.floridakidcare.org) o  
llame al 1-888-540-5437.

**Fl**❤️**orida**  
**KidCare**

	Tipo de vacuna (encierre en un círculo el tipo específico administrado)	Fecha de admin istración	Doctor o clínica	Fecha de la próxima vacuna
1	DTaP/DT/Td			
2	DTaP/DT/Td			
3	DTaP/DT/Td			
4	DTaP/DT/Td			
5	DTaP/DT/Td			
1	Tdap/Td			
1	Hib			
2	Hib			
3	Hib			
4	Hib			
1	IPV			
2	IPV			
3	IPV			
4	IPV			
5	IPV			
1	MMR/MMRV			
2	MMR/MMRV			
1	Varicela			
2	Varicela			
1	Rotavirus			
2	Rotavirus			
3	Rotavirus			
1	PCV			
2	PCV			
3	PCV			
4	PCV			
1	MCV			
2	MCV			
1	HPV			
2	HPV			
3	HPV			



4052 Bald Cypress Way, Bin A11  
Tallahassee, FL 32399-1719  
Phone: 1-877-888-7468  
Fax: 850-922-4195  
[www.ImmunizeFlorida.org](http://www.ImmunizeFlorida.org)



Vacunando a Florida.  
Protegiendo la salud.

# Proteja a su hijo.



## No pierda la oportunidad de vacunar a su hijo

En cada consulta pida a su proveedor de servicios médicos que le aplique a su hijo todas las vacunas apropiadas para la edad del niño. Las vacunas ayudan a evitar que sus hijos se enfermen y reducen las visitas por enfermedad al consultorio de su médico.

### Cartilla personal de vacunación

Use esta cartilla para llevar el control actualizado de las vacunas de sus hijos y llévela en su billetera para consultarla con facilidad. Asegúrese de que su doctor anote las vacunas de su hijo en esta cartilla de vacunación en cada consulta.

### Clave de programación y registro de vacunas

Vacuna	Enfermedades
Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo B
Hep A	Hepatitis A
Hep B	Hepatitis B
MMR	Sarampión, paperas y rubéola
VAR	Varicela
DTaP	Difteria, tétanos y tos ferina acelular (tos convulsiva)
DT	Difteria y tétanos
Td	Tétanos y difteria
Tdap	Tétanos, difteria y tos ferina acelular (tos convulsiva)
IPV	Vacuna inactivada contra la polio
PCV	Vacuna neumocócica conjugada
IIV	Vacuna inactivada contra la gripe (influenza)
MCV	Vacuna meningococo conjugada
HPV	Papiloma humano
Men B	Meningococo B
MMRV	Sarampión, paperas y rubéola varicela

## Programa recomendado de vacunación infantil

Edad	Vacuna
Nacimiento	Hep B
2 meses	DTaP, Hep B, Hib, IPV, PCV13, Rotavirus
4 meses	DTaP, Hib, IPV, PCV13, Rotavirus
6 meses	DTaP, Hib, PCV13, Rotavirus*, Gripe
6-18 meses	Hep B, IPV
12-15 meses	MMR, VAR, PCV13, Hib
12-23 meses	Hep A (2 dosis), Flu
15-18 meses	DTaP
4-6 años	DTaP, IPV, MMR, VAR, Flu
11-12 años	Tdap, HPV (3 dosis), MCV
13-18 años	Flu, MCV—Consulte a su proveedor de servicios médicos.

\* Puede no ser necesaria dependiendo de la marca..

## La protección que su hijo necesita contra enfermedades infantiles graves

Este programa indica las edades recomendadas para la administración rutinaria de las vacunas para niños que actualmente están autorizadas. Toda dosis que no se administre a la edad recomendada debe aplicarse en la siguiente consulta, siempre que sea posible. Si no ha vacunado a su hijo o si le están aplicando las vacunas con retraso, haga una cita hoy mismo. Para información adicional sobre el programa de vacunación, comuníquese con su proveedor de servicios médicos o con el Departamento de Salud del condado (para ver una lista completa de departamentos de salud por condado, visite: [www.FloridaHealth.gov/chdsitelist.htm](http://www.FloridaHealth.gov/chdsitelist.htm)).

Para obtener el programa de vacunación completo, visite el sitio web de los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention – CDC) en [www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html](http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html).



	Tipo de vacuna (encierra en un círculo el tipo específico administrado)	Fecha de administración	Doctor o clínica	Fecha de la próxima vacuna
1	Hep B			
2	Hep B			
3	Hep B			
1	Hep A			
2	Hep A			
1	Men B			
2	Men B			
Otra				
Otra				

Doble en la línea punteada

1	*Flu (IIV)			
2	*Flu (IIV)			
Anual	*Flu (IIV/)			
Anual	*Flu (IIV)			
Otra				
Otra				
Otra				

Todos los niños que tienen entre 6 meses y 8 años que sean vacunados contra la gripe o influenza por primera vez deben recibir dos dosis. Los niños que reciban una sola dosis el primer año de vacunación deben recibir dos dosis el segundo año de vacunación.

\*Estacional

Doble en la línea punteada

## Cartilla de vacunación



Nombre \_\_\_\_\_  
(Apellido, Nombre, IM)

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Doctor o clínica \_\_\_\_\_

Aviso a los padres: Lleve esta cartilla cuando visite a su médico o clínica y pídale que llenen la información correspondiente.