

## Calendario Nacional de Vacunación

Edad	BCG	Hepatitis B (HB)	Cuádruple (DPT-Hib)	Triple Bacteriana (DPT)	Sabín (OPV)	Hep.A	Triple Viral (SRP)	Doble Bacteriana (DT)	Doble Viral (SR)
Recién Nacido	1a dosis	1a dosis							
2 meses		2a dosis	1a dosis		1a dosis				
4 meses			2a dosis		2a dosis				
6 meses		3a dosis	3a dosis		3a dosis				
12 meses						Única dosis	1a dosis		
18 meses			4a dosis		4a dosis				
6 años				Refuerzo	Refuerzo		2a dosis		
11 años		Si no está vacunado iniciar o completar esquema (3 dosis)					Se aplica si no tiene dos dosis previas		
16 años								Refuerzo	
Cada 10 años								Refuerzo	
Puerperio o post-aborto inmediato									Una dosis