

SU BEBÉ NECESITA ESTAS VACUNAS:

Al nacer: HepB

A los 2 meses: DTaP, HepB, Hib, Pneumo, Polio, RV

A los 4 meses: DTaP, HepB*, Hib, Pneumo, Polio, RV

A los 6 meses: DTaP, HepB, Hib, Pneumo, Polio, RV

A los 12 meses: HepA, Hib, MMR, Pneumo, Var

A los 15 meses: DTaP

A los 18 meses: HepA

Desde los 6 meses de edad hasta cumplir los 5 años
y niños alto de riesgo: Influenza (cada otoño)

DTaP= Difteria, tétanos, pertusis acelular

HepA/HepB=Hepatitis A/Hepatitis B

Hib=Hib Meningitis, *Haemophilus influenzae* B

MMR=Sarampión, paperas, rubéola

Pneumo=Neumocócica conjugada

RV=Rotavirus

Var=Varicela

*Si la primera dosis fue dada a los 2 meses y no al nacer

♥ Con nuestros mejores deseos. ♥

California Department of Public Health
Immunization Branch
850 Marina Bay Parkway • Richmond, CA 94804



No hay nada
como el amor
de los padres. ♥

Ahora tiene un nuevo bebé para darle su amor!

Déle mucho amor. **Y** vacúnelo a tiempo. Las vacunas protegen a su bebé contra algunas enfermedades muy peligrosas.

Su bebé necesitará las primeras vacunas **al nacer**. La lista al otro lado indica cuándo tiene que recibir las otras vacunas. Es importante que su bebé reciba todas las vacunas **a tiempo**, para que esté protegido. Haga ya mismo una cita con su médico o clínica para las primeras vacunas.

El médico o la enfermera le darán un **Comprobante de Vacunación** de su bebé. Llévelo cada vez que lleve al bebé al médico o a la clínica. También tendrá que presentarlo cuando su hijo vaya a la guardería y a la escuela. Guárdelo bien: su bebé lo necesitará durante toda su vida.

IMMUNIZATION RECORD Comprobante de Inmunización	
Name <i>nombre</i>	_____
Birthdate <i>fecha de nacimiento</i>	_____
Allergies <i>alergias</i>	_____
Vaccine Reactions <i>reacciones a la vacuna</i>	_____
RETAIN THIS DOCUMENT — CONSERVE ESTE DOCUMENTO	

