

Vacunas recomendadas para adolescentes: 7-18 años

La tabla siguiente muestra cuando su hijo/a debe recibir sus vacunas. Marque las casillas para que le ayuden a dar seguimiento.

Nombre del/de la menor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Vacuna	7-8 años	9-10 años	11-12 años	13-15 años	16-18 años
Influenza (gripe)	<input type="checkbox"/> anual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HPV (Virus del papiloma humano)			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 dosis		
Meningitis meningocócica ACWY			<input type="checkbox"/> 1 dosis		<input type="checkbox"/> refuerzo
Meningitis meningocócica B					
Neumocócica					
TdaP (tétanos, difteria, tos ferina)			<input type="checkbox"/> 1 dosis		
Hepatitis A					
Hepatitis B					
MMR (sarampión, paperas, rubeola)					
Polio					
Varicela					

Requisito de edad recomendada
 Recomendada para adolescentes de alto riesgo
 Al corriente con las que perdieron

Puede obtener esta información en diferentes idiomas, letra grande, formato electrónico, presentación oral (en persona o por teléfono) o en braille. Llame gratis al Departamento de Atención al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711.