

CARTILLA DE INMUNIZACIÓN PEDIÁTRICA

Esquema de Vacunación Actualizado | Orientación Médica y Registro para Padres

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

EXPEDIENTE / C.U.R.P.

ETAPA RECIÉN NACIDO (PRIMEROS DÍAS DE VIDA)

PROTECCIÓN INMEDIATA

VACUNA	PROTECCIÓN CONTRA	DOSIS / EDAD	FECHA / REGISTRO
BCG	Tuberculosis meningea y miliar	Única (Al nacer)	☐
Hepatitis B	Hepatitis B perinatal y transmisión vertical	1ª Dosis (Primeras 24 hrs)	☐

LACTANTES (2 A 12 MESES DE EDAD)

INMUNIZACIÓN PRIMARIA SUSTANCIAL

EDAD	VACUNA RECOMENDADA	ENFERMEDADES QUE PREVIENE	FECHA / APLICACIÓN
2 Meses	Hexavalente (1ª)	Difteria, Tétanos, Tos Ferina, Polio, Hib, Hep. B	☐
	Neumocócica PCV20 (1ª) PCV20	Neumonía, otitis y bacteremia por 20 serotipos	☐
	Rotavirus (1ª)	Gastroenteritis grave por diarrea agudizada	☐
4 Meses	Hexavalente (2ª)	Segunda dosis de refuerzo del esquema primario	☐
	Neumocócica PCV20 (2ª) PCV20	Refuerzo de cobertura neumocócica ampliada	☐
	Rotavirus (2ª)	Segunda dosis de protección intestinal	☐
6 Meses	Hexavalente (3ª)	Consolidadora del esquema primario	☐
	Rotavirus (3ª - *según marca*)	Tercera dosis si aplica por formulación	☐
	Influenza Estacional (1ª)	Dosis inicial en temporada invernal	☐
7 Meses	Influenza Estacional (2ª)	Refuerzo a las 4 semanas de la 1ª dosis	☐

Actualización importante: La vacuna contra neumococo incorporada en este esquema corresponde a la versión **Conjugada de 20 serotipos (PCV20)**, la cual amplía significativamente la protección contra otitis media, neumonías y sepsis bacteriana infantil en comparación con esquemas anteriores.

DE 1 A 3 AÑOS (EDAD PREESCOLAR TEMPRANA)			CONSOLIDACIÓN INMUNITARIA
EDAD	VACUNA RECOMENDADA	PROTECCIÓN CONTRA	FECHA / REGISTRO
12 Meses (1 Año)	SRP / Triple Viral (1ª)	Sarampión, Rubeola y Parotiditis (Paperas)	☐
	Neumocócica PCV20 (Refuerzo)	Refuerzo de 20 serotipos antineumocócicos	☐
	Varicela (1ª Dosis)	Infección primaria por virus de varicela zóster	☐
18 Meses	Hexavalente (Primer Refuerzo)	Mantiene títulos elevados contra 6 padecimientos	☐
18 - 24 Meses	Hepatitis A (1ª Dosis)	Prevención de enfermedad hepática viral infecciosa	☐
Anual	Influenza Estacional	Refuerzo anual antes de cada temporada invernal	☐

ETAPA ESCOLAR (4 A 9 AÑOS)			REFUERZOS ESCOLARES
EDAD	VACUNA RECOMENDADA	PROTECCIÓN CONTRA	FECHA / REGISTRO
4 a 6 Años	DPT (Segundo Refuerzo)	Difteria, Tétanos y Tos Ferina	☐
	SOP / Polio (Refuerzo)	Consolidación de protección contra Poliomiелitis	☐
	SRP / Triple Viral (2ª)	Refuerzo contra Sarampión, Rubeola y Parotiditis	☐
+ 6 Meses	Hepatitis A (2ª Dosis)	Cierra el esquema de inmunidad duradera	☐

ADOLESCENTES (10 A 18 AÑOS)			PROTECCIÓN ESPECIALIZADA
EDAD	VACUNA RECOMENDADA	PROTECCIÓN CONTRA	FECHA / REGISTRO
10 - 11 Años	VPH (Virus Papiloma Humano)	Cáncer cervicouterino, genital y orofaríngeo (2 dosis)	☐
11 - 12 Años	Tdap (Refuerzo Acelular)	Tétanos, Difteria y Tos Ferina tipo adulto	☐
11 - 13 Años	Meningococo Recomendada	Enfermedad meningocócica invasiva / sepsis por cepas ACWY / B	☐
Anual	Influenza Estacional	Revacunación estacional contra influenza	☐

Recomendaciones generales para los padres: Lleve siempre esta cartilla a cada consulta del control del niño sano. En caso de presentar fiebre leve o enrojecimiento local tras la aplicación, consulte con su pediatra para la administración del analgésico indicado.