



Certificado de Vacunación del Trabajador con Alimentos

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Sexo: _____

El certificado debe de ser completado y firmado por un médico, y sellado por el médico, clínica o institución de salud.

Obligatorias

- **Vacuna Difteria/Tétanos (DT/DPaT/DPT/Td).** 3 dosis en total:

1ª dosis: ____ / ____ / ____

2ª dosis: ____ / ____ / ____

3ª dosis: ____ / ____ / ____

Refuerzo de difteria, tosferina y tétanos dpaT

El refuerzo se debe de haber administrado en los últimos 10 años:

Dosis de refuerzo: ____ / ____ / ____

- **Triple viral (Sarampión, rubéola y parotiditis)**

Ambas dosis se deben de haber aplicado por lo menos con 28 días de diferencia y después de los 12 meses de edad. Dosis de refuerzo a partir de la adolescencia.

1ª dosis: ____ / ____ / ____

2ª dosis: ____ / ____ / ____

Refuerzo: ____ / ____ / ____

- **Hepatitis A**

2 dosis con un intervalo de 6 meses, no es necesario si ya padeció la enfermedad.

1ª dosis: ____ / ____ / ____

2ª dosis: ____ / ____ / ____

Fecha o año en que presentó la enfermedad: _____

- **Fiebre tifoidea**

La última dosis no debe de tener 3 años de aplicada.

Dosis: ____ / ____ / ____

- **Varicela**

2 dosis con un intervalo mínimo de 4 semanas, no es necesario si ya padeció la enfermedad.

1ª dosis: ____ / ____ / ____

2ª dosis: ____ / ____ / ____

Fecha o año en que presentó la enfermedad: _____



Asociación Mexicana de Vacunología

Recomendadas

- **Hepatitis B**

3 dosis con 4 semanas de diferencia en la 1ª y 2ª y por lo menos 8 semanas y máximo 12 meses entre al 2ª y 3ª. Vacunas administradas fuera de los intervalos máximos y mínimos se debe de repetir el esquema.

1ª dosis: ___ / ___ / ___

2ª dosis: ___ / ___ / ___

3ª dosis: ___ / ___ / ___

- **Meningococo**

2 dosis si se aplicó antes de los 2 años de edad y una dosis posterior a los 2 años de edad.

1ª dosis: ___ / ___ / ___

Refuerzo: ___ / ___ / ___

- **Virus de Papiloma Humano**

Tres dosis de la vacuna, los intervalos dependen si es bivalente o cuadrivalente. Se pueden aplicar dos dosis entre los 11 y 12 años.

1ª dosis: ___ / ___ / ___

2ª dosis: ___ / ___ / ___

3ª dosis: ___ / ___ / ___

El certificado debe estar sellado por el médico, clínica o institución, y firmado por un médico con cédula profesional, si no cumple estos requisitos no se debe de aceptar. Mayor información en www.amv.org.mx o info@amv.org.mx

Nombre del Médico: _____

Cédula profesional: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

Dirección: _____

Fecha ___ / ___ / ___

Sello del médico, clínica o institución: