



**Certificado de Vacunación del Trabajador de la Salud**

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.

- **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 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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

- **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: \_\_\_\_\_



- **Influenza**

Una dosis cada año (Recomendable aplicarla entre Octubre y Diciembre)

Fecha de la última dosis: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_.

- **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: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

- **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: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

- **Dengue**

Tres dosis de la vacuna con un intervalo de 6 meses cada una, se recomienda si se encuentra en zonas endémicas.

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](http://www.amv.org.mx) o [info@amv.org.mx](mailto:info@amv.org.mx)

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Cédula profesional: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Sello del médico, clínica o institución: