

VACCINES

Build your child's health

Recommended Immunization Schedule Calendario Recomendado de Vacunación

Age/Edad

Vaccine/Vacuna

 Write Date Here
Escriba la Fecha Aquí

Birth/al nacer	HepB	_____
2 months/meses	HepB, DTaP, Hib, IPV, PCV13, Rotavirus	_____
4 months/meses	DTaP, Hib, IPV, PCV13, Rotavirus	_____
6 months/meses	HepB, DTaP, Hib, IPV, PCV13, Rotavirus, Influenza*	_____
12 months/meses	Hib, PCV13, Varicella, MMR, HepA	_____
15-18 months/meses	DTaP	_____
18 months/meses	HepA	_____
4-6 years/años	DTaP, IPV, MMR, Varicella	_____
11-12 years/años	Tdap, MCV4, HPV (series/serie)	_____
16 years/años	MCV4	_____

*Influenza every year beginning at 6 months/Influenza anualmente a partir de los 6 meses.

VACUNAS

Protegen la salud de sus niños



www.ImmunizeTexas.com
(800) 252-9152

11-13175M 12/2016