



PERÚ

Ministerio
de SaludCARNÉ DE ATENCIÓN
INTEGRAL DE SALUD DE
LA NIÑA MENOS DE 5 AÑOS

IP* INSTITUCIÓN

Cargo de filiación

HQ

Nombre de la Niña

Fecha de Nacimiento

DNI

Nombre del Padre

DNI

Nombre del Pape

DNI

Dirección

Lugar de Nacimiento

Teléfono

VACUNAR
LA NIÑA
CON
SISTEMA

CITA

CONTROL

VACUNA

OTRO

Antes de la

PES TUBERCULOSIS (0NI)

HYD ANTI HEPATITIS (0NI)

ANTIPOLIO

1. Mes (1 mes)

2. Mes (2 mes)

3. Mes (3 mes)

FENISTALERTET - MD - NVBI

1. Mes (1 mes)

2. Mes (2 mes)

3. Mes (3 mes)

NEEMRCDCD

1. Mes (1 mes)

2. Mes (2 mes)

3. Mes (3 mes)

ROTAVIRUS

1. Mes (1 mes)

2. Mes (2 mes)

INFLUENZA

1. Mes (1 mes)

2. Mes (2 mes)

1. Mes

2. Mes

3. Mes

4. Mes

SF9 (ZASANFION PAPPEA RIUSOLAI)

1. Mes (1 mes)

2. Mes (2 mes)

VARICELA

(1 mes)

AATTAMARICA

(1 mes)

NENASTNEATTIS AI

(1 mes)

REFURTEOS

1. Mes (1 mes)

2. Mes (2 mes)

1. Mes (1 mes)

2. Mes (2 mes)

OTFAAYACUNAS



PERÚ

Ministerio
de SaludCARNÉ DE ATENCIÓN
INTEGRAL DE SALUD DE
LA NIÑA MENOS DE 5 AÑOS

N° MSTOUA CUNICA

Código de Filiación HCL

Nombre de la Niña

Fecha de Nacimiento DNI

Nombre de la Madre DNI

Nombre del Padre DNI

Dirección

Lugar de Atención Teléfono

VACHNRATU
NINA ES IN
GISTODEANOR

Anexo 100/100

CITA

CONTROL

VACUNA

OTRO

BCS ITUBRCLICEES (RN)

HYB ANTI HEEATTID (18N)

ANTPOLIO

1^{da} dosis (0 meses) NV IPV 2^{da} dosis (4 meses) NV IPV 3^{da} dosis (0 meses) NV IPV

FENTATALENTEBET + MD + NVB

1^{da} dosis (2 meses) 2^{da} dosis (4 meses) 3^{da} dosis (6 meses)

NEEMECDCD

1^{da} dosis (0 meses) 2^{da} dosis (4 meses) 3^{da} dosis (11 meses)

ROTAIEUIS

1^{da} dosis (0 meses) 2^{da} dosis (0 meses)

INFLUENEA

1^{da} dosis (0 meses) 2^{da} dosis (0 meses)

1 Mo 2 Mo 3 Años 4 Años

SP9 IZASANPIOL PAPEEA RUJOLAI

1^{da} dosis (0 meses) 2^{da} dosis (18 meses)

VARCELA

(13 meses)

ARTIAMARUCA

(13 meses)

NENARTNEFAITIS AI

(13 meses)

REFUREEOS

1^{da} dosis (0 meses) 2^{da} dosis (0 meses)

1^{da} dosis (0 meses) 2^{da} dosis (0 meses)

OTRA VACUNAS



PERÚ

Ministerio
de Salud



CARNÉ DE ATENCIÓN
INTEGRAL DE SALUD DEL
NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

FICHA FAMILIAR

Código de Afiliación HCL

Fecha de Nacimiento DNI

Nombre del Niño

Nombre de la Madre DNI

Nombre del Padre DNI

Dirección

Lugar de Atención Teléfono



VACUNAR A TU
NIÑO ES UN
GESTO DE AMOR

CITA

CONTROL
VACUNA
OTRO

Anotar Fechas

BCG (ANTITUBERCULOSIS) (RN)

HVB (ANTI-HEPATITIS) (RN)

ANTIPOLIO

1ª dosis (2 meses) INY-IPV

2ª dosis (4 meses) INY-IPV

3ª dosis (6 meses) INY-IPV

PENTAVALENTE (DPT + HIB + HVB)

1ª dosis (2 meses)

2ª dosis (4 meses)

3ª dosis (6 meses)

NEUMOCOCO

1ª dosis (2 meses)

2ª dosis (4 meses)

3ª dosis (12 meses)

ROTAVIRUS

1ª dosis (2 meses)

2ª dosis (4 meses)

INFLUENZA

1ª dosis (6 meses)

2ª dosis (7 meses)

1 Año

2 Años

3 Años

4 Años

SPR (SARAMPIÓN, PAPERAS, RUBÉOLA)

1ª dosis (12 meses)

2ª dosis (18 meses)

VARICELA

(12 meses)

REFUERZOS

1ª Ref. DTP (18 meses)

2ª Ref. DTP (4 años)

1ª Ref. INY-IPV (Oral 18 meses)

2ª Ref. Antipolio (Oral 4 años)

ANTIAMARÍLICA

(15 meses)

HEPATITIS A

(15 meses)

OTRAS VACUNAS

OTRAS
VACUNAS



Ministerio
de Salud



CARNÉ DE ATENCIÓN
INTEGRAL DE SALUD DE LA
NIÑA MENOR DE 5 AÑOS

FICHA FAMILIAR

Código de Afiliación HCL
Fecha de Nacimiento DNI
Nombre de la Niña
Nombre de la Madre DNI
Nombre del Padre DNI
Dirección
Lugar de Atención Teléfono



VACUNAR A TU
NIÑA ES UN
GESTO DE AMOR

CITA

CONTROL

VACUNA

OTRO

Anotar Fecha

BCG (ANTITUBERCULOSIS) (RN)

HVB (ANTI-HEPATITIS) (RN)

ANTIPOLIO

1ª dosis (2 meses) INY-IPV

2ª dosis (4 meses) INY-IPV

3ª dosis (6 meses) INY-IPV

PENTAVALENTE (DPT + HIB + HVB)

1ª dosis (2 meses)

2ª dosis (4 meses)

3ª dosis (6 meses)

NEUMOCOCCO

1ª dosis (2 meses)

2ª dosis (4 meses)

3ª dosis (12 meses)

ROTAVIRUS

1ª dosis (2 meses)

2ª dosis (4 meses)

INFLUENZA

1ª dosis (6 meses)

2ª dosis (7 meses)

1 Año

2 Años

3 Años

4 Años

SPR (SARAMPION, PAPER, RUBÉOLA)

1ª dosis (12 meses)

2ª dosis (18 meses)

VARICELA

(12 meses)

REFUERZOS

1ª Ref. DTP (18 meses)

2ª Ref. DTP (4 años)

1ª Ref. INY-IPV (Oral 18 meses)

2ª Ref. Antipolio (Oral 4 años)

ANTIAMARILICA
(15 meses)

HEPATITIS A
(15 meses)

OTRAS VACUNAS

OTRAS
VACUNAS