

Tipo de vacuna	Fecha de aplicación			Refuerzo
	I	II	III	
Td (Toxoidé Diftérico - Tetánico)				
Hepatitis B				
Influenza Estacional				
Neumococo 23 Valente				
Vacuna Covid-19 Pfizer	10-11-21.	1-12-21		
Otras: (especifique ¿cuál?)				