CONTROL VACUNAS INGRESANTES 2017

LEGAJOS 70.646/6 a 70.693/4

1- DEBEN PRESENTAR EN EL DEPARTAMENTO DE ALUMNOS COPIA DE LOS CERTIFICADOS DE VACUNAS CON ANTIGRIPAL 2017 + INFORMACIÓN REFERIDA A HABER PADECIDO VARICELA, HEPATITIS A (según formulario adjunto)

Legajo
70.646/6
70.650/1
70.653/5
70.656/8
70.657/0
70.658/1
70.659/2
70.662/6
70.673/9
70.674/0
70.675/2
70.676/3
70.685/4
70.690/0

2- DEBEN PRESENTAR EN EL DEPARTAMENTO DE ALUMNOS COPIA DEL CERTIFICADO DE VACUNACIÓN ANTIGRIPAL 2017 + INFORMACIÓN REFERIDA A HABER PADECIDO VARICELA, HEPATITIS A (según formulario adjunto)

Legajo
70.648/9

70.654/6
70.661/5
70.680/8
70.693/4

3- INDICACIONES PARA COMPLETAR ESQUEMAS. UNA VEZ COMPLETADO DEBEN PRESENTAR COPIA EN EL DEPARTAMENTO DE ALUMNOS DE LOS CERTIFICADOS DE VACUNACIÓN CON ANTIGRIPAL 2017 + INFORMACIÓN REFERIDA A HABER PADECIDO VARICELA, HEPATITIS A (según formulario adjunto)

Legajo	Indicación
70.647/7	Dos (2) dosis de vacuna Hepatitis B separadas por dos meses de intervalo; una (1) dosis vacunas Triple viral y doble adultos
70.649/0	Una (1) dosis vacuna Triple viral; cuatro (4) dosis vacuna Hepatitis B: 0, 30, 60 días y al año de la última dosis.
70.651/2	Dos (2) dosis de vacuna Hepatitis B y doble adultos separadas por un (1) mes de intervalo; una (1) dosis vacuna Triple viral
70.652/4	Dos (2) dosis vacuna doble adultos separadas por un mes de intervalo; una (1) dosis de vacunas Triple viral y Hepatitis B
70.655/7	Dos (2) dosis de vacunas doble adultos separadas por 1 mes de intervalo
70.660/3	Dos (2) dosis vacuna Triple viral separadas por 2 meses de intervalo; cuatro (4) dosis vacuna Hepatitis B:0, 30, 60 días y al año de la última dosis
70.663/7	Dos (2) dosis vacuna doble adultos separadas por un mes de intervalo y dos (2) dosis vacuna Triple viral separadas por 2 meses de intervalo
70.664/8	Una (1) dosis vacuna Triple viral y una (1) dosis vacuna HPV tetratavalente porque se vacunó ≥15 años
70.665/9	Una (1) dosis vacuna Triple viral separadas por dos mes de intervalo; dos (2) dosis de vacuna doble adultos separadas por un mes de intervalo

70.666/1	**Tres (3) dosis de vacunas Hepatitis B separadas por 1 mes de intervalo; una (1) dosis de Triple viral; dos (2) dosis doble adultos separadas por 1 mes de intervalo**
70.667/2	**Una (1) dosis vacuna triple viral y cuatro (4) dosis de vacuna Hepatitis B: 0,30, 60 días y al año de la última dosis**
70.668/3	**Dos (1) dosis vacuna Triple viral separadas por 2 meses de intervalo**
70.669/4	**Una (1) dosis de vacuna Triple viral**
70.671/7	**Una (1) dosis de vacuna Hepatitis B**
70.672/8	**Dos (2) dosis de vacuna Hepatitis B separadas por 1 mes de intervalo y una (1) dosis de vacunas Triple viral y doble adultos**
70.677/4	**Una (1) dosis de vacuna Triple viral**
70.678/5	**Dos (2) dosis vacuna Triple viral separadas por 2 meses de intervalo**
70.679/6	**Una (1) dosis vacuna Triple viral**
70.682/0	**Una (1) dosis vacuna Triple viral**
70.683/1	**Debe presentar inmediatamente las copias de las hojas anteriores de la Libreta Sanitaria o vacunarse con dos (2) dosis vacuna doble adultos separadas por 1 mes de intervalo y una (1) dosis de vacunas Triple viral**
70.684/3	**Una (1) dosis de vacuna Triple viral**
70.686/5	**Una (1) dosis de vacuna Hepatitis B**
70.687/6	**Una (1) dosis de vacunas Triple viral y Hepatitis B; dos (2) dosis vacuna doble adultos separadas por un mes de interval**
70.688/7	**Dos (2) dosis vacuna Hepatitis B separadas por 1 mes de intervalo y una (1) dosis vacuna doble adultos**
70.689/9	**Dos (2) dosis vacuna doble adultos separadas por un mes de intervalo; Dos (2) dosis vacuna Triple viral separadas por 2 meses intervalo**
70.691/1	**Debe presentar inmediatamente las copias de vacunaciones anteriores + copia legible de vacunación Hepatitis B y doble adultos y vacunarse con dos (2) dosis vacuna Triple viral**

	separadas por 2 meses intervalo
70.692/2	**Una (1) dosis de vacuna Triple viral; dos (2) dosis vacuna doble adultos separadas por un mes de intervalo y dos (2) dosis vacuna Hepatitis B separadas por 1 mes de intervalo**

4- INDICACIONES PARA COMPLETAR ESQUEMAS. UNA VEZ COMPLETADO DEBEN PRESENTAR COPIA EN EL DEPARTAMENTO DE ALUMNOS DE LOS CERTIFICADOS DE VACUNACIÓN + INFORMACIÓN REFERIDA A HABER PADECIDO VARICELA, HEPATITIS A (según formulario adjunto)

Legajo	Indicación
70.681/9	**Dos (2) dosis vacuna Triple viral separadas por 2 meses intervalo; dos (2) dosis vacuna Hepatitis B separadas por 1 mes de intervalo**

5- DEBE PRESENTAR EN EL DEPARATAMENTO DE ALUMNOS INFORMACIÓN REFERIDA A HABER PADECIDO VARICELA, HEPATITIS A (según formulario adjunto)

Legajo
70.670/6

La Plata, 30 junio 2017

Dra. Silvia E. González Ayala
Profesora Titular