

Vacunas Requeridas Para El Ingreso A Guarderías Y El Prescolar



	Hepatitis B	Difteria, Tétanos, Tos ferina (DTaP/DT)	Hib (<i>Haemophilus influenzae</i> tipo B)	Polio	Neumocócica Conjugada (PCV)	Sarampión, Paperas y Rubéola	Varicela
A los 3 Meses	Dosis 2	Dosis 1	Dosis 1	Dosis 1	Dosis 1	No se da antes de los 12 meses de edad	No se da antes de los 12 meses de edad
A los 5 Meses	Dosis 2	Dosis 2	Dosis 2	Dosis 2	Dosis 2		
A los 7 Meses	Dosis 2	Dosis 3	Dosis 3	Dosis 2	Dosis 3		
A los 16 Meses	Dosis 2	Dosis 3	Dosis 4	Dosis 2	Dosis 4	Dosis 1	Dosis 1
A los 19 Meses	Dosis 3	Dosis 4	Dosis 4	Dosis 3	Dosis 4	Dosis 1	Dosis 1
A los 7 años de edad (A más tardar el último día de los 6 años de edad o al entrar al Kinder)	Dosis 3	Dosis 5	No se da después de los 5 años salvo que el niño tenga una condición médica	4 dosis	No se da después de los 5 años salvo que el niño tenga una condición médica	2 dosis	2 dosis

Los niños de edad escolar (grados k-12) en programas extraescolares de turno matutino y vespertino deben cumplir con los requisitos de vacunación para su grado escolar.

Este documento está disponible únicamente en línea: www.immunize.org/cdc/schedules/

Para obtener información más detallada, revise el *Sumario de Requisitos Individuales de Vacunas* en <https://www.doh.wa.gov/SCCI>

Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127. Clientes sordos o con problemas de audición, favor de llamar al 711 (servicio de relé de Washington) o enviar un correo electrónico a civil.rights@doh.wa.gov.

Vacuna	Núm. de dosis	Edad mínima	Intervalo mínimo entre dosis	Notas
Hepatitis B (HepB)	Dosis 1	Nacimiento	4 semanas entre dosis 1 y 2	La dosis final de la serie de dadas a partir de las 24 semanas de edad.
	Dosis 2	4 semanas	8 semanas entre dosis 2 y 3	
	Dosis 3	24 semanas	16 semanas entre dosis 1 y 3	
Difteria, Tétanos, Tos ferina (DTaP)	Dosis 1	6 semanas	4 semanas entre dosis 1 y 2	Typical vaccine schedule: 2, 4, 6 and 15-18 months of age. Recommended: 6 months between dose 3 and 4, but at least 4 months minimum interval acceptable.
	Dosis 2	10 semanas	4 semanas entre dosis 2 y 3	
	Dosis 3	14 semanas	6 mese entre dosis 3 y 4	
	Dosis 4	12 meses	6 mese entre dosis 4 y 5	
	Dosis 5	4 años	—	
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo B (Hib)	Dosis 1	6 semanas	4 semanas entre dosis 1 y 2	If all 3 doses of PedvaxHIB given, only need 3 doses total. Dose 3 must be \geq 12 months of age. Only one dose required if the dose is given on or after 15 months of age. Review the Individual Vaccine Requirements Summary for minimum doses required: https://www.doh.wa.gov/SCCI
	Dosis 2	10 semanas	4 semanas entre dosis 2 y 3	
	Dosis 3	14 semanas	8 semanas entre dosis 3 y 4	
	Dosis 4	12 meses	—	
Neumocócica Conjugada (PCV13)	Dosis 1	6 semanas	4 semanas entre dosis 1 y 2	Only one dose is required if the dose is given on or after 24 months of age. Review the Individual Vaccine Requirements Summary for minimum doses required: https://www.doh.wa.gov/SCCI
	Dosis 2	10 semanas	4 semanas entre dosis 2 y 3	
	Dosis 3	14 semanas	8 semanas entre dosis 3 y 4	
	Dosis 4	12 meses	—	
Polio (IPV u OPV)	Dosis 1	6 semanas	4 semanas entre dosis 1 y 2	Three doses are acceptable if the child received dose 3 on or after their 4th birthday.
	Dosis 2	10 semanas	4 semanas entre dosis 2 y 3	
	Dosis 3	14 semanas	6 mese entre dosis 3 y 4	
	Dosis 4	4 años	—	
Sarampión, Paperas y Rubéola (MMR o MMRV)	Dosis 1	12 meses	4 semanas entre dosis 1 y 2	MMRV (MMR + Varicella) may be used in place of separate MMR and varicella vaccines. Must be given the same day as varicella OR at least 28 days apart, also see* footnote.
	Dosis 2	13 meses	—	
Varicela (VAR)	Dosis 1	12 meses	3 mese entre dosis 1 y 2 (12 meses-12 años). 4 semanas entre dosis 1 y 2 (tienen 13 añoso más de edad)	Recommended: 3 months between varicella doses, but at least 28 days minimum interval is acceptable. Must be given the same day as MMR OR at least 28 days apart, also see* footnote.
	Dosis 2	15 meses	—	

***The 4 day grace period can be applied to all doses except between two doses of different live vaccines (such as MMR, MMRV, varicella, and Flumist).**

To request this document in another format, call 1-800-525-0127.

Deaf or hard of hearing customers, please call 711 (Washington Relay) or email civil.rights@doh.wa.gov.