



CITAS DE RETORNO PARA LA VACUNA DE VPH

LLEVE ESTE FORMULARIO LA RECEPCION PARA PROGRAMAR LAS CITAS DE RETORNO
Para la vacuna contra el VPH el para su hijo(a)

Serie de 2 dosis

Si recibió la primera inyección de la vacuna contra el VPH cumplir 15 años:

Fecha de hoy: ____/____/____

da inyección: Entre 6 y 12 meses después de hoy (mínimo de 5 meses):

Fecha de Cita: ____/____/____

Horas: ____ am / pm

Serie de 3 dosis

Si recibió la primera inyección de la vacuna contra el VPH después de cumplir 15 años

o

A cualquier edad, pasaron menos de 5 meses entre la 1na y 2da inyección:

Fecha de hoy: ____/____/____

Da inyección: 2 meses después de hoy (mínimo de 1 mes)

Fecha de Cita: ____/____/____

Horas: ____ am / pm

3ra inyección: 6 meses después de hoy

Fecha de Cita: ____/____/____

Horas: ____ am / pm

