

¡Hay que vacunarse para mantenerse saludable!



eocco
EASTERN OREGON
COORDINATED CARE
ORGANIZATION

Asegúrese de que su hijo reciba estas vacunas antes de cumplir los dos años*

Nombre del niño/a: _____

HepB: Al nacimiento: ____/____/____

1-2 meses: ____/____/____

6-18 meses: ____/____/____

DTaP: 2 meses: ____/____/____

4 meses: ____/____/____

6 meses: ____/____/____

15-18 meses: ____/____/____

IPV: 2 meses: ____/____/____

4 meses: ____/____/____

6-18 meses: ____/____/____

HiB: 2 meses: ____/____/____

4 meses: ____/____/____

6-18 meses: ____/____/____

PCV: 2 meses: ____/____/____

4 meses: ____/____/____

6 meses: ____/____/____

12-15 meses: ____/____/____

MMR: 12-15 meses: ____/____/____

VZV: 12-15 meses: ____/____/____

Nombre del doctor: _____

Teléfono del doctor: _____

¿Tiene preguntas?

Estamos aquí para ayudarle. Llame a nuestro equipo de servicio de atención al cliente a la línea gratuita 888-788-9821 (Usuarios TTY, marcar 711) o envíenos un correo electrónico a EOCCOMedical@eocco.com.

*Este calendario de vacunación es para niños entre 0 y 2 años de edad. Si tiene preguntas comuníquese con el doctor de su hijo/a.