MOLINA HEALTHCARE

Tarjeta de registro por consultas preventivas para niños

Use esta tarjeta para realizar un seguimiento de las próximas consultas preventivas para niños y las vacunas.

Su bebé necesita 11 consultas preventivas para niños antes de cumplir los tres años de edad. Durante estas consultas, el médico hará lo siguiente:

- Realizar un examen físico
- Realizar un seguimiento del crecimiento y desarrollo de su hijo
- Administrar las vacunas necesarias

Las consultas preventivas para niños son **gratuitas** con Medicaid, Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP) y la mayoría de los planes de seguro.

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del médico: _____

Dirección del médico: _____

_____

Número de teléfono del médico: _____

Consultas preventivas para niños por edad	Fecha
1.ª semana después de que nacen (3 a 5 días de edad)	
1 mes	
2 meses	
4 meses	
6 meses	
9 meses	

Consultas preventivas para niños por edad	Fecha
12 meses	
15 meses	
18 meses	
2 años (24 meses)	
2 años y 1/2 (30 meses)	

¿No está seguro de si su hijo está al día con sus vacunas?

Llame a su médico o visite **up2date.utah.gov.**

Molina Healthcare of Utah (Molina) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. English ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-4830760 (TTY: 711). Spanish ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-483-0760 (TTY: 711). Chinese 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-483-0760（TTY：711）。

Vacunas por edad

Utilice esta tarjeta para asegurarse de que su bebé reciba todas las vacunas recomendadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC). Ingrese la fecha en que se administra cada vacuna. Guarde esta tarjeta como un registro de las vacunas de su hijo.

Vacunas y otros agentes inmunizantes	Número de dosis	Nacimiento	1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	9 meses	12 meses	15 meses
Hepatitis B (HepB)	3	1.ª dosis: _____	2.ª dosis: _____			3.ª dosis: _____			
Rotavirus (RV).	2 o 3			1.ª dosis: _____	2.ª dosis: _____	3.ª dosis: _____			
Difteria, tétanos y tos ferina acelular (Diphtheria, Tetanus, & Acellular Pertussis, DTPa)	4			1.ª dosis: _____	2.ª dosis: _____	3.ª dosis: _____			4.ª dosis: _____
Haemophilus influenzae tipo B (Hib)	4			1.ª dosis: _____	2.ª dosis: _____	3.ª dosis: _____		4.ª dosis: _____	
Neumococo conjugado (PCV15, PCV20)	4			1.ª dosis: _____	2.ª dosis: _____	3.ª dosis: _____		4.ª dosis: _____	
Vacuna con el Virus de la Poliomielitis Inactivado (IPV)	3			1.ª dosis: _____	2.ª dosis: _____	3.ª dosis: _____			
COVID-19	1 o 2					1 o 2 dosis: _____			
Influenza	1 o 2					1 o 2 dosis: _____			
Sarampión, paperas, rubéola (Measles, Mumps, Rubella, MMR)	1							1 dosis: _____	
Varicela (VAR).	1							1 dosis: _____	
Hepatitis A (HepA)	1							1 dosis: _____	

MOLINA HEALTHCARE