

# Quando Vacunar a Adultos

Vacuna ▼	Edad ►	19-26 años	27-49 años	50-64 años	≥65 años
Gripe		1 dosis cada año			
Tétanos, Difteria, Tos Ferina (Tdap, Td)		1 dosis de Tdap, luego una dosis de Td de refuerzo cada 10 años (vacuna de Tdap durante cada embarazo)			
Papillomavirus Humano (HPV)		3 dosis			
Sarampión, Paperas, Rubéola (MMR)		1 o 2 dosis (2 dosis si usted nació 1957 o más tarde)			
Varicela		2 dosis			
Zoster (Herpes zoster)				(50-60 años)	1 dosis
Neumocócica (PPSV, PCV13)		1 a 3 dosis (no más de una dosis de PPSV)			1 a 2 dosis (una sola de PPSV)
Hepatitis A		2 dosis			
Hepatitis B		3 dosis			
Meningocócica (MPSV4, MCV4)		1 o más dosis			

 Vacunas recomendadas para todos los adultos en estas edades los cuales no tienen ninguna evidencia de inmunidad

 Vacunas recomendadas para adultos con condiciones médicas, del trabajo u otras condiciones que los pongan en un riesgo más alto

 Aprobado por la US FDA, aun no aprobadas por el ACIP

Para información sobre vacunas visite: [www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/adult.html](http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/adult.html)  
**Siempre hable con su doctor sobre las vacunas que usted desea recibir.**

# Recomendaciones de Vacunas para Adultos con Condiciones Médicas y otras Condiciones

Condiciones ►	Vacuna ▼	Embarazo	Sistema inmunológico débil debido a cáncer, alteraciones de la sangre, o tratamiento de cáncer con medicinas o ayos X		Infección de VIH CD4+ conde de Linfocito T		Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar crónica, alcoholismo, fumador	No Bazo	Enfermedad de riñón o fallo renal, recibiendo diálisis de sangre	Diabetes	Enfermedad del hígado crónica, recibiendo factores de coagulación concentrados	Trabajador de salud
			<200 células /μL	>200 células /μL									
			<b>Gripe</b>	X	X	X							
<b>Tétanos, Difteria, Tos Ferina</b>	Tdap	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
<b>Papillomavirus Humano</b>		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
<b>Sarampión, Paperas, Rubéola</b>				X	X	X	X	X	X	X	X	X	
<b>Varicela</b>				X	X	X	X	X	X	X	X	X	
<b>Zoster</b>					X	X	X	X	X	X	X	X	
<b>Neumocócica</b>	PPSV	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	PCV13		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
<b>Hepatitis A</b>		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
<b>Hepatitis B</b>		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
<b>Meningocócica</b>		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

**X** Vacunas recomendadas para adultos que no tengan ninguna evidencia de inmunidad

**X** Vacunas recomendadas para adultos con estas condiciones solamente si tienen factores de riesgo adicionales (médicos, relacionados con el trabajo, estilo de vida u otras condiciones)

**■** Adultos con estas condiciones no deberían recibir vacunas.

**Para encontrar las vacunas recomendadas para su edad, referase a la tabla (cuadro) al otro lado de esta tarjeta.**