


 iowa total care. **Infant Well Care Visit/
Immunization Record**

Infant Well Care Visit	Recommended Vaccination	Date Given	Next App't Date
Birth	HepB		
1 month	HepB		
2 months	RV, DTap, Hib, PCV, IPV		
4 months	RV, DTap, Hib, PCV, IPV		
6 months	HepB, RV, DTap, Hib, PCV, IPV, Flu		
9 months			
12 months	HepB, Hib, PCV, IPV, Flu, MMR, Varicella, HepA		
15 months	DTap		
18 months			
24 months			
30 months			
Age 3 (Annually)			

 iowa total care. **Visita de atención preventiva del bebé/
Historial médico de vacunación**

Visita de atención preventiva del bebé	Vacunas recomendadas	Fecha de administración	Fecha de la siguiente cita
Fecha de nacimiento	HepB		
1 mes	HepB		
2 meses	RV, DTap, Hib, PCV, IPV		
4 meses	RV, DTap, Hib, PCV, IPV		
6 meses	HepB, RV, DTap, Hib, PCV, IPV, Flu		
9 meses			
12 meses	HepB, Hib, PCV, IPV, Flu, MMR, Varicella, HepA		
15 meses	DTap		
18 meses			
24 meses			
30 meses			
3 años (Anualmente)			