_____'s
(your baby's name)

Immunization Schedule

Children's Health is Important!

Keep track of your child's immunization with this schedule.

Use this handy chart to help you stay up-to-date with recommended vaccinations for your little one.

Birth

Date _____

- HepB (Hepatitis B)

2 Months

Date _____

- 2nd Dose HepB
- RV (RotaVirus)
- DTaP (Diphtheria, Pertussis, Tetanus)
- HiB (Haemophilus Influenzae type b)
- PCV (Pneumococcal disease)
- IPV (Polio)

4 Months

Date _____

- 2nd dose RotaVirus
- 2nd Dose DTaP
- 2nd Dose HiB
- 2nd Does PCV
- 2nd Dose IPV

6 Months

Date _____

- 3rd Dose HepB
- 3rd Dose RotaVirus (depending on brand)
- 3rd Dose DTaP
- 3rd HiB (depending on brand)
- 3rd Dose PCV
- 3rd Dose IPV
- COVID – 19 (number of doses recommended depends on child's age)
- Flu (Influenza) (one or two dose yearly)

12 Months

Date _____

- 4th Dose HiB
- 4th Dose PCV
- MMR (Measles, mumps, and Rubella)
- Varicella (Chickenpox)
- HepA (Hepatitis A)

15 Months

Date _____

- DTaP

18 Months

Date _____

- 2nd Dose HepA

You may be eligible to earn My Health Pays rewards when you complete eligible health activities. Scan the QR code for more information or call our Member Services at 1-844-366-2880

silversummit healthplan™

www.SilverSummitHealthplan.com

_____'s
(nombre de su bebé)

Calendario de vacunación

¡La salud de los niños es importante!

Lleve un registro de las vacunas de su hijo(a) con este calendario.

Use esta tabla práctica para estar al día con las vacunas recomendadas para su pequeño(a).

Nacimiento

Fecha _____

- HepB (Hepatitis B)

2 meses

Fecha _____

- 2ª dosis HepB
- RV (RotaVirus)
- DTaP (difteria, tos ferina, tétanos)
- HiB (Haemophilus influenzae tipo b)
- PCV (enfermedad neumocócica)
- IPV (poliomielitis)

4 meses

Fecha _____

- 2ª dosis de RotaVirus
- 2ª dosis DTaP
- 2ª dosis HiB
- 2ª dosis PCV
- 2ª dosis IPV

6 meses

Fecha _____

- 3ª Dosis HepB
- 3ª dosis de RotaVirus (dependiendo de la marca)
- 3ª Dosis DTaP
- 3ª HiB (dependiendo de la marca)
- 3ª dosis PCV
- 3ª dosis IPV
- COVID – 19 (el número de dosis recomendadas depende de la edad del (de la) niño(a))
- Gripe (una o dos dosis anuales)

12 meses

Fecha _____

- 4ª dosis HiB
- 4ª dosis PCV
- MMR (sarampión, paperas y rubéola)
- Varicela
- HepA (Hepatitis A)

15 meses

Fecha _____

- DTaP

18 meses

Fecha _____

- 2ª dosis HepA

Puede ser elegible para ganar recompensas de My Health Pays cuando complete actividades de salud elegibles. Escanee el código QR para obtener más información o llame a nuestro Servicio para los Miembros al 1-844-366-2880

silversummit healthplan™

www.SilverSummitHealthplan.com