

Every Dose Matters / Cada dosis importa



Recommended Immunization Schedule Calendario Recomendado de Vacunación

Age / Edad

Vaccine / Vacuna

 **Write Date Here**
Escriba la Fecha Aquí

Birth / al nacer	HepB, RSV**	_____
2 months / meses	HepB, DTaP, Hib*, IPV, PCV, RV*	_____
4 months / meses	DTaP, Hib*, IPV, PCV, RV*	_____
6 months / meses	HepB, DTaP, Hib*, IPV, PCV, RV*, COVID**, Flu***	_____
12 months / meses	Hib*, PCV, Varicella, MMR, HepA	_____
15–18 months / meses	DTaP	_____
18 months / meses	HepA	_____
4–6 years / años	DTaP, IPV, MMR, Varicella	_____
11–12 years / años	Tdap, MenACWY, HPV*, (series / serie)	_____
16 years / años	MenACWY, MenB	_____

* Ask your doctor about dosing / Pregúntele a su médico sobre la dosis

** Ask your doctor about the vaccine / Pregúntele a su médico sobre la vacuna

*** Influenza every year beginning at six months / Influenza anualmente a partir de los seis meses.



Texas Department of State
Health Services

dshs.texas.gov/immunizations
800-252-9152

Texas Department of State Health Services
Immunization Section
Stock No. 11-13175M
Rev. 05/2026