



CARTILLA DE VACUNACIÓN PARA EMBARAZO

NOMBRE

GRUPO SANGUÍNEO

CONTACTO DE EMERGENCIA

Sobre esquemas de vacunación consulte a su médico.
PP-UNP-MEX-2223

CARTILLA DE VACUNACIÓN PARA EMBARAZO



| VACUNA | PERIODO RECOMENDADO DE APLICACIÓN | SEMANAS DE GESTACIÓN | FECHA DE APLICACIÓN | DATOS DE VACUNA |
|--|--|----------------------|---------------------|-----------------|
| VSR* Virus Sincicial Respiratorio | 24-36 SEMANAS DE EMBARAZO | | | |
| Tdap Tétanos, difteria, pertussis acelular | A PARTIR DE LA SEMANA 20 DEL EMBARAZO | | | |
| Influenza | CUALQUIER TRIMESTRE DEL EMBARAZO | | | |
| OTRAS De acuerdo con indicación médica | | | | |

REFERENCIAS: **1.** Gobierno de México. (2023). Cartilla Nacional de Salud para Mujeres de 20 a 59 años [PDF]. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment_data/file/894122/Cartilla_Mujeres_2023.pdf. **2.** European Medicines Agency. (2025). Abrysvo: European public assessment report. <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/abrysvo>. **3.** Montesinos-Ramírez, C., et al. (2025). Position statement of the Mexican Association of Pediatrics on the immunoprevention of respiratory syncytial virus infection during pregnancy and infancy. World Journal of Pediatrics. <https://doi.org/10.1007/s12519-025-00997-1>. **4.** Secretaría de Salud. (2026). Lineamientos generales del Programa de Vacunación Universal 2026. Gobierno de México.

*Aún no se encuentra dentro de la Cartilla Nacional de Vacunación Mexicana

No. de aprobación otorgado por la COFEPRIS: **263300201B1437**
Sobre los esquemas de vacunación, consulte previamente a su médico(a).



Consulte a su médico