| CARTILLA NACI     | ONAL DE VA                        | ÓN      | CURP 5106070000227 |                |                |               |  |  |  |  |  |
|-------------------|-----------------------------------|---------|--------------------|----------------|----------------|---------------|--|--|--|--|--|
| DATOS GENERA      | LES DEL NIÑ                       |         | Sexo               | XXX<br>Masc.   | Fem.           |               |  |  |  |  |  |
| Nombre LI         | MA                                | MARTINE | Z                  | ALEJA          | ANDRO          | T GIII.       |  |  |  |  |  |
| Domicilio L       | Primer Apellido                   | AN 103, | Segundo Ar         | North Control  | AL<br>alo,Toli | Nombre<br>UCA |  |  |  |  |  |
| Fecha de nacimie  | Calle y Número<br><b>nto</b> 2000 |         | Colonia<br>MARZ    | Ciu            | idad<br>11     | Estado        |  |  |  |  |  |
| Lugar de nacimier | Año<br>TOLUCA DI                  | E LERDO | Mes 2              | OFICIAL        | CA             | Día<br>MEXICO |  |  |  |  |  |
| Fecha de registro | Ciudad o Población                | MAY     | Municipio D        |                | .5             | Estado        |  |  |  |  |  |
| Lugar de registro | Año<br>TOLUCA DE I                | LERDO ' | Mes<br>FOLUCA      | MEXI           | CO             | Día           |  |  |  |  |  |
| ٠.                | Ciudad o Población                |         | Municipio          | - 1 mar 2 0 mm |                | Estado        |  |  |  |  |  |

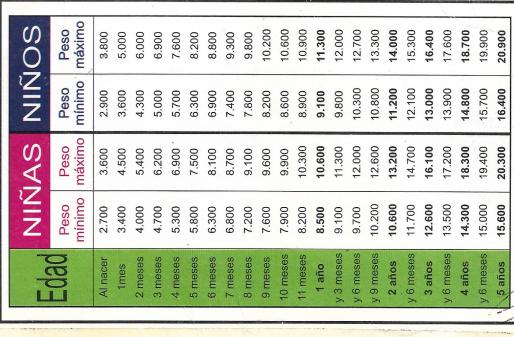
| VACUNA              | ENFERMEDAD<br>QUE PREVIENE                          | DOSIS       | EDAD             | FECHA DE VACUNACIÓN                    |
|---------------------|-----------------------------------------------------|-------------|------------------|----------------------------------------|
| BCG                 | TUBERCULOSIS                                        | Única       | Al nace          | SPITAL MATERNO INFANTIL 12-03-00       |
| SABIN               | POLIOMELITIS                                        | Preliminar  | Al nacer         | MUNIZACIONES - ISSEMYM 12-03-00        |
|                     |                                                     | Primera     | 2 meses          | INMUNIZACIONES                         |
|                     |                                                     | Segunda     | 4 meses          | INMUNIZACIONES 3 Agos                  |
|                     |                                                     | Tercera     | 6 meses          | MYM - C.A.M.V.<br>UNIZACIONES 4-00-200 |
|                     |                                                     | Adicionales | 139509<br>23/may | 19-02-05<br>00 22-02-03                |
| PENTAVAI ENTE       | DIFTERIA<br>TOSFERINA<br>TÉTANOS                    | Primera     | 2 meses          | SSEMYW - C.A.M. W.                     |
| T A T A DATE IN THE | METATITIOD                                          | ocgunua     | 4 meses          | CA IVI.V. 3 Age                        |
| DPT+ HB + Hib       | INFECCIONES<br>GRAVES<br>por <i>H. influenzae b</i> | Tercera     | 6 meses          | MYM - C.A.M. Y - at xa                 |
| DPT                 | DIFTERIA,<br>TOSFERINA<br>TÉTANOS                   | Refuerzo 1  | 2 años           | 15-04-02 ISSEMYW - C.A                 |
|                     |                                                     | Refuerzo 2  | 4 años           | 13 Marson Maria C.A.M.V.               |
| TRIPLE<br>VIRAL     | SARAMPIÓN<br>RUBÉOLA                                | Primera     | 1 año            | 23 my MINIZACIONES                     |
| SRP                 | PAROTIDITIS                                         | Segunda     | 6 años           | 8 CAME POPPES OF                       |
| ANTISARAMPIÓN       | SARAMPIÓN                                           | Adicionales |                  | or and the B FTG.                      |
| Td                  | TÉTANOS<br>DIFTERIA                                 | Refuerzo    | 12 años          | · Complidos.                           |
| VACUNAS             |                                                     |             |                  |                                        |
| AC                  |                                                     |             |                  |                                        |

## CONTROL DE PESO Y TALLA

|       | ** |      |   |  |   |  |    |  |   |  |   |    | 12 |
|-------|----|------|---|--|---|--|----|--|---|--|---|----|----|
| Talla |    |      |   |  |   |  |    |  |   |  | + |    |    |
| Peso  | ,  | oi . | , |  | , |  |    |  |   |  |   |    |    |
| Edad  |    |      |   |  |   |  |    |  | , |  |   | 4. |    |
| Fecha |    |      |   |  |   |  | t. |  | / |  |   |    |    |
|       |    |      |   |  | * |  |    |  |   |  |   |    |    |

indispensable pesarlo y medirlo cada mes en Para vigilar el crecimiento del niñ@, es el primer año de vida y posteriormente cada 3 a 6 meses.

## Y NIÑOS DE ACUERDO CON LA EDAD PESO NORMAL EN KILOS DE NIÑAS



máximo o por abajo del peso mínimo, Si su hij@ está por arriba del peso consulte a su médico















