

**CADA VEZ QUE LLEVE A SU NIÑA
O NIÑO A LA UNIDAD MÉDICA, SOLICITE
AL PERSONAL MÉDICO O DE ENFERMERÍA, QUE:**

- Revise su Cartilla Nacional de Salud
- Vigile su peso y estatura
- Le realice las actividades de protección específica, principalmente la aplicación de las vacunas que correspondan
- Le informe las acciones para prevenir enfermedades y le realicen las pruebas de detección de acuerdo a la edad
- Registre su próxima cita
- Le oriente y capacite sobre los cuidados para conservar o recuperar la salud de su hija o hijo
- Anote en su Cartilla la fecha de las acciones que le practicaron

**Vigile que le realicen a su hija o
hijo todas las acciones contenidas
en esta cartilla. Su participación
es esencial para mantener su salud.**

CURP:

GUSBI90528HMCZTB A2

No. de Certificado
de Nacimiento

54014629



IDENTIFICACIÓN:

GPO. SANGUÍNEO Y RH:

APELLIDOS Y NOMBRE:

Guzman Soto

Bruno

AFILIACIÓN / MATRÍCULA / EXPEDIENTE:

SOGA830504/70

UNIDAD MÉDICA:

C.M.F. Coyacan.

CONSULTORIO No.

☐ ☐ ☐

DATOS GENERALES:

ALMA VIOLETA
SOTO GARIN
01.05.1993

SEXO:

MUJER ☒ HOMBRE

DOMICILIO:

Periferico Sur 3915 Edif. Taura 105

Pedregal de Carrasco

CALLE Y NÚMERO

Coyacan

COLONIA / LOCALIDAD

MUNICIPIO O DELEGACIÓN

04700

Ciudad de México

C.P.

OTICLO MONTAÑO

ENTIDAD FEDERATIVA

#46 LAS PENAS

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

28/05/19

LOCALIDAD

Edo de México

DÍA MES AÑO

MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE REGISTRO CIVIL:

11/06/19

LOCALIDAD

DÍA MES AÑO

MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA

Alana Violeta Soto Garin 040583 Morelos

56905703

2003

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
BCG	TUBERCULOSIS	ÚNICA	AL NACER	03-JUN-19
HEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMERA	AL NACER	03-JUN-19
		SEGUNDA	2 MESES	05-SEP-19
		TERCERA	6 MESES	04 MAR. 2020
		CUARTA	12 MESES	
PENTAVALENTE ACELULAR DPaT + VPI + Hib	DIFTERIA, TOS FERINA, TÉTANOS, POLIOMIELITIS E INFECCIONES POR H. influenzae b	PRIMERA	2 MESES	05-SEP-19
		SEGUNDA	4 MESES	16-11-19
		TERCERA	6 MESES	04 MAR. 2020
		CUARTA	12 MESES	24 NOV. 2021
DPT	DIFTERIA, TOS FERINA Y TÉTANOS	REFUERZO	4 AÑOS	
ROTAVIRUS	DIARREA POR ROTAVIRUS	PRIMERA	CST III 2 MESES	05 AGO 2019
		SEGUNDA	CST III 4 MESES	16-11-19
		TERCERA	6 MESES	10-1-20

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
NEUMOCÓCICA CONJUGADA	INFECCIONES POR NEUMOCOCO	PRIMERA	CST III 2 MESES	05 AGO 2019
		SEGUNDA	4 MESES	16-11-19
		REFUERZO	12 MESES	08 OCT 2020
INFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA	CST III 6 MESES	07 ENE 2020
		SEGUNDA	7 MESES	04 MAR. 2020
		REFUERZO	ANUAL HASTA LOS 59 MESES	08 OCT 2020
SRP	SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS	PRIMERA	CST III 12 MESES	17 JUN 2020
		REFUERZO	6 AÑOS	
SABIN	POLIOMIELITIS	ADICIONALES		26-Marzo-2020
SR	SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	ADICIONALES		
OTRAS VACUNAS				