

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
B CG	TUBERCULOSIS	ÚNICA	AL NACER	07 AGO 2019
HEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMERA SEGUNDA	AL NACER 2 MESES	05 AGO 2019 07 OCT 2019
PENTAVALENTE ACELULAR DPT + VPI + Hib	DIFTERIA, TOS FERINA, TETANOS, POLIOMIELITIS E INFECCIONES POR H. influenzae b	PRIMERA SEGUNDA TERCERA	Centro de Salud Campamento 2 de octubre Sanf. Patricia Rodriguez C.M.F. ERMILIA	Hexavalente 07 OCT 2019 09 DIC. 2019 Hexavalente 11 FEB 2020 19 ABR 2021
DPT	DIFTERIA, TOS FERINA	REFUERZO	4 AÑOS	
ROTAVIR		PRIMERA SEGUNDA TERCERA	Centro de Salud Campamento 2 de octubre Sanf. Patricia Rodriguez C.M.F. ERMILIA	07 OCT 2019 09 DIC. 2019 Monovalente 11 FEB 2020

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
NEUMOCÓCICA CONJUGADA	INFECCIONES POR NEUMOCOCO	PRIMERA SEGUNDA REFUERZO	2 MESES 4 MESES 12 MESES	07 OCT 2019 09 DIC 2019 02 OCT 2020
INFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA SEGUNDA	6 MESES 7 MESES	02 OCT 2020 10 OCT 2020
SRP	SARAMPION, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS	PRIMERA REFUERZO	ANUAL HASTA LOS 59 MESES 1 AÑO 6 AÑOS	02 OCT 2020
SABIN	POLIOMIELITIS	ADICIONALES		
OTRAS VACUNAS	SARAMPION Y RUBÉOLA	ADICIONALES		19 ABR 2021
	Heptaxis A			02 OCT 2020 DV
	Vavicela			13 JUL 2021 entre los 4-6 años de edad

CURP:

N0CL190801HDFRNAB

Nº. de Certificado
de Nacimiento

024501158

FOTOGRAFÍA

IDENTIFICACIÓN:

GPO. SANGÜINEO Y RH:

APELLIDOS Y NOMBRE:

LEONARDO ROBERTO CORTES

AFILIAÇÃO//MATRÍCULA//EXPEDIENTE:

1COLL811128/7

UNIDAD MÉDICA:

CMF Iztapalapa I

CONSULTORIO Nº.

☐ ☐ ☐ ☐

DATOS GENERALES:

SEXO:

MUJER ☒ HOMBRE

DOMICILIO:

2DA. CDA. AZTECAS 24

CALLE Y NÚMERO

BARIO. LA ASUNCIÓN 127

COLONIA // LOCALIDAD

MUNICIPIO O DELEGACIÓN

09000

CDMX

C.R.

ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

Ixtapan 25 de Mayo 2019

LOCALIDAD

25

01 08 19

DÍA MES AÑO

Cuautlémec

MUNICIPIO O DELEGACIÓN // ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE REGISTRO CIVIL:

Ciudad de México

LOCALIDAD

27 08 2019

DÍA MES AÑO

Iztapalapa

MUNICIPIO O DELEGACIÓN // ENTIDAD FEDERATIVA

QUE:

ífica,
ue

enfermedades y le realicen las pruebas de
detección de acuerdo a la

- 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
practicará

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