

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: 000060

GAGU210111MDFLR LAB

No. de Certificado de Nacimiento: NOV 09125

IDENTIFICACIÓN: GPO. SANGÜINEO Y RH: _____

APELLIDOS Y NOMBRE: Galicia Garcilazo
Valentina

AFILIACIÓN / MATRÍCULA / EXPEDIENTE: 3E

UNIDAD MÉDICA: CTM1 Nueva Atzacaco

CONSULTORIO No. [] [] []

DATOS GENERALES: EDAD: [] SEXO: ☒ MUJER ☐ HOMBRE

DOMICILIO: Calle Hermenegildo Galeana No 46
CALLE Y NÚMERO

COLONIA / LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO O ALCALDÍA: _____

C.P.: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: 11 01 2021
LOCALIDAD: _____ DÍA MES AÑO

MUNICIPIO O ALCALDÍA / ENTIDAD FEDERATIVA: _____

LUGAR Y FECHA DE REGISTRO CIVIL: [] [] []
LOCALIDAD: _____ DÍA MES AÑO

MUNICIPIO O ALCALDÍA / ENTIDAD FEDERATIVA: _____

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
B CG	TUBERCULOSIS	ÚNICA	AL NACER	08 FEB 2021
HEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMERA	AL NACER	08 FEB 2021
		SEGUNDA	2 MESES	11-MAR-2021
		TERCERA	6 MESES	15-JUL-2021
PENTAVALENTE ACELULAR DPaT + VPI + Hib	DIFTERIA, TOS FERINA, TÉTANOS, POLIOMIELITIS E INFECCIONES POR H. influenzae b	PRIMERA	2 MESES	Infanrix Hexa nte. 2021
		SEGUNDA	4 MESES	Infanrix Hexa 11-MAY-2021
		TERCERA	6 MESES	Infanrix Hexa 15-JUL-2021
		CUARTA	18 MESES	
DPT	DIFTERIA, TOS FERINA Y TÉTANOS	REFUERZO	4 AÑOS	
ROTAVIRUS	DIARREA POR ROTAVIRUS	PRIMERA	2 MESE	Rotarix 2021
		SEGUNDA	4 MESES	Rotarix 11-MAY-2021
		TERCERA	6 MESES	

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
NEUMOCÓCICA CONJUGADA	INFECCIONES POR NEUMOCOCO	PRIMERA	2 MESES	11 MAR 2021
		SEGUNDA	4 MESES	11-MAY-2021
		REFUERZO	12 MESES	15-JUL-2021
INFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA	6 MESES	Flucel 2021
		SEGUNDA	7 MESES	30-NOV-2021
		REVACUNACIÓN	ANUAL HASTA LOS 59 MESES	
SRP	SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS	PRIMERA	1 AÑO	10 MAR. 2022
		REFUERZO	6 AÑOS	
SABIN	POLIOMIELITIS	ADICIONALES		
SR	SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	ADICIONALES		
OTRAS VACUNAS	Hepatitis A Du			10 MAR. 2022