

Nombre: Rosas Ramirez Brenda Gabriela  
F.N. 0610311994  
CDMX

**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:

M E R V 2 0 0 2 2 0 M D F D S L A 7

No. de Certificado  
de Nacimiento

026549467



IDENTIFICACIÓN: GPO. SANGUÍNEO Y RH:

APELLIDOS Y NOMBRE: Medel Rosas  
Valentina Alanna

AFILIACIÓN / MATRÍCULA / EXPEDIENTE:

UNIDAD MÉDICA:

CONSULTORIO No.

DATOS GENERALES:

SEXO: ☒ MUJER ☐ HOMBRE

DOMICILIO: Calle 645 # 11

Unidad habitacional San Juan Dragon

4ta y 5ta

C.P.

ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

GDM

LOCALIDAD

20 02 20

DÍA MES AÑO

MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE REGISTRO CIVIL:

LOCALIDAD

06 03 20

DÍA MES AÑO

MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA