

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
BCG	TUBERCULOSIS	ÚNICA	AL NACER	23-01-20
HEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMERA	AL NACER	23-01-20
		SEGUNDA	1 MESES	19 Marzo 20
		TERCERA	6 MESES	22 Julio 20
		CUARTA	18 MESES	27 Julio 20
PENTAVALENTE ACELULAR DPdT + VPI + Hib	DIFTERIA, TOS FERINA, TÉTANOS, POLIOMIELITIS E INFECCIONES POR H. influenzae b	PRIMERA	2 MESES	19 Marzo 20
		SEGUNDA	4 MESES	9 Junio 20
		TERCERA	6 MESES	27 Julio 20
		CUARTA	18 MESES	Completo
DPT	DIFTERIA, TOS FERINA Y TÉTANOS	REFUERZO	4 AÑOS	
ROTAVIRUS	DIARREA POR ROTAVIRUS	PRIMERA	2 MESES	Monovalente. 19 Marzo 20
		SEGUNDA	4 MESES	Monovalente 9 Junio 20
		TERCERA	6 MESES	COMPLETO

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
NEUMOCÓCICA CONJUGADA	INFECCIONES POR NEUMOCOCO	PRIMERA	1 MESES	19 Marzo 20
		SEGUNDA	4 MESES	9 Junio 20
		REFUERZO	12 MESES	20 ENE 2021
INFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA	6 MESES	21 Oct 20
		SEGUNDA	7 MESES	20 ENE 2021
		REVACUNACIÓN	ANUAL HASTA LOS 59 MESES	
SRP	SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS	PRIMERA	1 AÑO	20 ENE 2021
		REFUERZO	6 AÑOS	
SABIN	POLIOMIELITIS	ADICIONALES		
SR	SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	ADICIONALES		
OTRAS VACUNAS				

**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:

CAN6200119HMC SLRA7

No. de Certificado
de Nacimiento

025180934



C.M.E.
NAUCALPAN
ISSSTE M.D. P.R.



IDENTIFICACIÓN: GPO. SANGUÍNEO Y RH: _____

APELLIDOS Y NOMBRE:

Castillo Villegas
Gerardo

AFILIACIÓN / MATRÍCULA / EXPEDIENTE:

VIRA800725/7

UNIDAD MÉDICA:

UMF. Naucalpan

CONSULTORIO No.

☐ ☐ ☐

DATOS GENERALES:

SEXO:

MUJER

☒ HOMBRE

DOMICILIO:

Cerrada Josefa Ortiz

CALLE Y NÚMERO

De Domínguez 7-10

COLONIA / LOCALIDAD

Col. San Luis Tlaxitlan

MUNICIPIO O DELEGACIÓN

C.P.

ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

Hosp. Tlaxitlan Edo. Mex.

LOCALIDAD

19 01 20

DÍA MES AÑO

MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE REGISTRO CIVIL:

Ecatepec de Morelos

LOCALIDAD

23 01 20

DÍA MES AÑO

MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA