

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 practicarán

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:

P E R S 1 6 0 8 0 4 H M C R H W A G

No. de Certificado de Nacimiento 020668284

IDENTIFICACIÓN:

GPO. SANGÜÍNEO Y RH: 0+

APELLIDOS Y NOMBRE:

PEREZ ROJO

SANTIAGO

AFILIAÇÃO / MATRÍCULA / EXPEDIENTE:

ROHS-790829/7

UNIDAD MÉDICA:

C.M.F. Naucalpan

CONSULTORIO No.

8

DATOS GENERALES:

SEXO:

F M

DOMICILIO:

Santa Blanca 2

CALLE Y NÚMERO

Benito Juárez

COLONIA / LOCALIDAD

Naucalpan

MUNICIPIO O DELEGACIÓN

53790

México

C.P.

ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

México

LOCALIDAD

04 08 16

DÍA

MES

AÑO

Colonia Benito Juárez

MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE REGISTRO CIVIL:

EL MO KINTO

LOCALIDAD

01 09 16

DÍA

MES

AÑO

NAUCAIPAN DE JUAREZ

MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA



# ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
BCG	TUBERCULOSIS	ÚNICA	AL NACER	11 AGO 2016
HEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMERA	AL NACER	11 AGO 2016
		SEGUNDA	2 MESES	11 OCT 2016
		TERCERA	6 MESES	13 FEB 2017
		PRIMERA	2 MESES	11 OCT 2016
PENTAVALENTE ACELULAR DPT + VP1 + Hib	DIFTERIA, TOSFERINA, TETANOS, POLIOMIELITIS E INFECCIONES POR H. influenzae b	SEGUNDA	4 MESES	13/12/2016
		TERCERA	6 MESES	13 FEB 2017
		CUARTA	18 MESES	6 Feb 2018
DPT	DIFTERIA, TOSFERINA Y TETANOS	PRIMERA	2 MESES	17 AGO 2020
ROTAVIRUS	ROTAVIRUS	PRIMERA	2 MESES	11 OCT 2016
		SEGUNDA	4 MESES	13/12/2016
		TERCERA	6 MESES	13 FEB 2017

# ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
NEUMOCÓCICA CONJUGADA	INFECCIONES POR NEUMOCOCO	PRIMERA	2 MESES	11 OCT 2016
		SEGUNDA	4 MESES	13/12/2016
		REFUERZO	12 MESES	13 FEB 2017
INFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA	6 MESES	13 FEB 2017
		SEGUNDA	7 MESES	13 FEB 2017
		REVACUNACIÓN	ANUAL HASTA LOS 59 MESES	07/NOV/19
SRP	SARAMPION, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS	PRIMERA	1 AÑO	07/NOV/19
		REFUERZO	5 AÑOS	07/NOV/19
SABIN	POLIOMIELITIS	ADICIONALES		
SR	SARAMPION Y RUBÉOLA	ADICIONALES		
OTRAS VACUNAS				

Dra. Karina May Orozco  
 GASTROENTEROLOGA PEDIATRA  
 MAT 39054  
 WWW.GASTROENTEROLOGIA.CO  
 Varicela 17/03/18  
 Naranja 17/03/18  
 25/150  
 Karina May Orozco  
 GASTROENTEROLOGA PEDIATRA  
 MAT 39054  
 WWW.GASTROENTEROLOGIA.CO  
 25/150