

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
BCG	TUBERCULOSIS	ÚNICA	AL NACER	01 - Abril - 16
HEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMERA	AL NACER	01 - Abril - 16
		SEGUNDA	1 MESES	31 MAY 2016
		TERCERA	6 MESES	03 OCT 2016
		CUARTA	18 MESES	02 OCT 2017
PENTAVALENTE ACELULAR DPaT + VPI + Hib	DIFTERIA, TOS FERINA, TÉTANOS, POLIOMIELITIS E INFECCIONES POR H. influenzae b	PRIMERA	2 MESES	31 MAY 2016
		SEGUNDA	4 MESES	1 AGO 2016
		TERCERA	6 MESES	03 OCT 2016
		CUARTA	18 MESES	02 OCT 2017
DPT	DIFTERIA, TOS FERINA Y TÉTANOS	REFUERZO	4 AÑOS	20 AGO 2020
		PRIMERA	2 MESES	31 MAY 2016
		SEGUNDA	4 MESES	1 AGO 2016
ROTAVIRUS	ROTAVIRUS	TERCERA	6 MESES	03 OCT 2016

RotaTeq® ROTAVIRUS VIVO RECOMBINANTE (PENTAVALENTE)
 Lot: L042688
 Cad: JUL 17

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
NEUMOCÓCICA CONJUGADA	INFECCIONES POR NEUMOCOCO	PRIMERA	2 MESES	31 MAY 2016
		SEGUNDA	4 MESES	1 AGO 2016
		REFUERZO	12 MESES	4 ABR 2017
INFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA	6 MESES	17 NOV 2017
		SEGUNDA	7 MESES	12 FEB 2018
		REVACUNACIÓN	ANUAL HASTA LOS 59 MESES	3 OCT 2019
SRP	SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS	PRIMERA	1 AÑO	03 ABR 2017
		REFUERZO	6 AÑOS	
SABIN	VARICELA	PRIMERA	1 AÑO	15-02-18
		SEGUNDA	4 AÑOS	23-02-19
		REFUERZO	11 AÑOS	20 MAR 2020
SR	SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	ADICIONALES		
OTRAS VACUNAS	Varicela	PRIMERA	1 AÑO	13 JUN 2019
		SEGUNDA	4 AÑOS	20 MAR 2020

MSD
 VARIVAX® III
 VACUNA ANTIVARICELA ATENUADA
 Suspensión 0.5 mL
 Imyectable
 No se congela.
 Líase instructivo anexo.
 Reg. No. 210498 USA IV

**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

P 7.120
T x 45

CF 46

T 65

AD 45

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

Triste A Similares

#215

3012941675 - 3

3F2016OR



NO. DE FOLIO: _____

IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE: ACOSTA FLORES

NAOMI

No. SEG SOCIAL: 3012941675 - 3

3F2016OR

UNIDAD MÉDICA: UMF 042

HORARIO: M

CONSULTORIO No.

11

DATOS GENERALES:

CURP: AOFN160401MDFCLMA8

EDAD: 000

DOMICILIO: AVE LEANDRO VALLE, NÚM 215

CALLE Y NÚMERO

COLONIA SAN LORENZO ACOPILCO, CUAJIMALPA DE MORELOS,
DISTRITO FEDERAL

COLONIA / LOCALIDAD DELEGACIÓN/ MUNICIPIO

DISTRITO FEDERAL

ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

CIUDAD / POBLACIÓN

DELEGACIÓN/ MUNICIPIO

DISTRITO FEDERAL

01

04

2016