

**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:

LEAV170830MDFNLLA2

No. de Certificado
de Nacimiento

022261631



IDENTIFICACIÓN:

GPO. SANGUÍNEO Y RH: A+

APELLIDOS Y NOMBRE:

Leon Alfaro
Valeria Itzayana

AFILIACIÓN / MATRÍCULA / EXPEDIENTE: AAHP770604

UNIDAD MÉDICA: CMF Azcapotzalco

CONSULTORIO No.

DATOS GENERALES:

SEXO:

☒ MUJER

☐ HOMBRE

DOMICILIO: Av. 22 de febrero #205 Ed. A Dep 204

Sta. Maria Manilalco

CALLE Y NÚMERO

Azcapotzalco

COLONIA / LOCALIDAD

MUNICIPIO O DELEGACIÓN

02050

CDMX

C.P.

ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

LOCALIDAD

30 08 17

DÍA MES AÑO

MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE REGISTRO CIVIL:

LOCALIDAD

07 09 17

DÍA MES AÑO

MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
BCG	TUBERCULOSIS	1 Dosis	2 MESES	04 SET. 2017
HEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMERA MED. PREVENTIVA	2 MESES	04 SET. 2017
		SEGUNDA	2 MESES	10 6 NOV 2017
		TERCERA	6 MESES	26 ABR. 2018
PENTAVALENTE ACELULAR DPaT + VPI + Hib	DIFTERIA, TOS FERINA, TETANOS, POLIOMIELITIS E INFECCIONES POR H. influenzae b	PRIMERA	2 MESES	10 6 NOV 2017
		SEGUNDA	4 MESES	10 8 ENE 2018
		TERCERA	6 MESES	10 8 MAR 2018
		CUARTA	18 MESES	29 AGO 2019
DPT	DIFTERIA, TOS FERINA Y TETANOS	REFUERZO	4 AÑOS	
ROTAVIRUS	ROTAVIRUS	PRIMERA	2 MESES	10 6 NOV 2017
		SEGUNDA	4 MESES	10 8 ENE 2018
		TERCERA	6 MESES	10 8 MAR 2018

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
NEUMOCÓCICA CONJUGADA	INFECCIONES POR. INDIANILLA	PRIMERA	2 MESES	06 NOV 2017
		SEGUNDA	4 MESES	10 8 ENE 2018
		REFUERZO	12 MESES	20 SEP 2018
INFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA	6 MESES	27 NOV. 2018
		SEGUNDA	7 MESES	23 OCT 2019
		REVACUNACIÓN	ANUAL HASTA LOS 59 MESES	23 NOV 2019
SRP	SARANGON, RUBEOLA, PAROTIDITIS	PRIMERA	1 AÑO	17 OCT 2018
		REFUERZO	6 AÑOS	
SABIN	POLIOMIELITIS	ADICIONALES		7 OCT 2018
SR	SARANGON, RUBEOLA	ADICIONALES		
OTRAS VACUNAS	Hep. A			20 SEP 2018
				07 NOV 2019