

Cada uno de sus hijos menores de 10 años tiene derecho a recibir un cartilla como ésta. Le sirve para conocer las acciones de **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD** que debe recibir de acuerdo a su edad.

Esta Cartilla se otorga y utiliza en todas las unidades médicas de la SS, el IMSS, el ISSSTE, el DIF, PEMEX, SEDENA, SEMAR y del sector privado.

Además, la Cartilla le servirá para que le registren sus próximas citas a los diferentes servicios de la institución.

**GRATUITA**



**GOBIERNO FEDERAL**



**SALUD**

**SEMAR**

**SEDENA**

# CARTILLA NACIONAL DE SALUD

Niñas y niños de 0 a 9 años  
CARTILLA NACIONAL DE VACUNACIÓN



**HOSPITAL FERNANDO QUIROZ**

**CADA VEZ QUE LLEVE A SU NIÑA O NIÑO A LA UNIDAD MÉDICA SOLICITE A SU MÉDICO O ENFERMERA, QUE:**

- Revise su Cartilla Nacional de Salud
- Vigile su peso y talla
- 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 HIJO TODAS LAS ACCIONES CONTENIDAS EN ESTA CARTILLA. SU PARTICIPACIÓN ES ESENCIAL PARA MANTENERLO SANO**

CURP:

**SORR170131WDFLZMA8**



IDENTIFICACIÓN:

GPO. SANGÜÍNEO Y RH: **0+**

APELLIDOS Y NOMBRE:

**Solórzano Razo Ramsés**

AFILIACIÓN / MATRÍCULA / EXPEDIENTE:

**RARR780820/7**

UNIDAD MÉDICA:

**Juarez**

CONSULTORIO No.

☐ ☐ ☐

DATOS GENERALES:

SEXO:

☐ F ☒ M

DOMICILIO:

**Dr. Andrade # 72 Int 756**

**Doctores**

CALLE Y NÚMERO

COLONIA / LOCALIDAD

**Cuauhtemoc**

**06720**

**CDMX**

C.P.

ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

**México CDMX**

LOCALIDAD

**Alvaro Obregón**

MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA

**31 01 17**

DÍA MES AÑO

LUGAR Y FECHA DE REGISTRO CIVIL:

**México CDMX**

LOCALIDAD

**Cuauhtemoc Col. Roma**

MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA

**10 03 17**

DÍA MES AÑO



# ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
BCG	TUBERCULOSIS	ÚNICA	AL NACER	14 FEB 2017
HEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMERA	AL NACER	020217
		SEGUNDA	2 MESES	11 ABR 2017
PENTAVALENTE ACELULAR DPT + VPI + Hib	DIFTERIA, TOSFERINA, TETANOS, POLIOMIELITIS, PORCINICOCOS	PRIMERA	2 MESES	11 ABR 2017
		SEGUNDA	4 MESES	16 JUN 2017
		TERCERA	6 MESES	17 AGO 2017
DPT	DIFTERIA, TOSFERINA, TETANOS	REFUERZO	18 MESES	29 NOV 2018
		REFUERZO	4 AÑOS	
RotaTeg®	ROTAVIRUS VIVO RECOMBINANTE	PRIMERA	2 MESES	11 ABR 2017
		SEGUNDA	4 MESES	07 AGO 2017
RotaTeg®	ROTAVIRUS VIVO RECOMBINANTE	PRIMERA	2 MESES	11 ABR 2017
		SEGUNDA	4 MESES	22 SEP 2017

# ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
NEUMOCÓCICA CONJUGADA	INFECCIONES POR NEUMOCOCO	PRIMERA	2 MESES	11 ABR 2017
		SEGUNDA	4 MESES	16 JUN 2017
		OTRAS		22 FEB 2013
INFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA	6 MESES	09 OCT 2017
		SEGUNDA	7 MESES	21 NOV 2018
		REVACUNACIÓN	ANUAL HASTA LOS 35 MESES	23 OCT 2019
SRP	SARAMPION, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS	PRIMERA	1 AÑO	22 FEB 2013
		REFUERZO	6 AÑOS	
SABIN	POLIOMIELITIS	ADICIONALES		7 NOV 19 / 19/02/18 / 7/11/19
SR	SARAMPION Y RUBÉOLA	ADICIONALES		
OTRAS VACUNAS	Varicela			18 JUN 2019
				20 MAR 2023