

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
BCG	TUBERCULOSIS	ÚNICA	AL NACER	300519
HEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMERA	AL NACER	27-05-2019
		SEGUNDA	2 MESES	260719
		TERCERA	6 MESES	260919
PENTAVALENTE ACUTAR (DPT + VPI + Hib)	DIFTERIA, TOS FERINA, TÉTANOS, POLIOMIELITIS E INFECCIONES POR H. Influenzae b	PRIMERA	2 MESES	260719
		SEGUNDA	4 MESES	260919
		TERCERA	18 MESES	26 DIC. 2019
		CUARTA	18 MESES	11 MAR 2021
DPT	DIFTERIA, TOS FERINA Y TÉTANOS	REFUERZO	4 AÑOS	
ROTAVIRUS	DIARREA POR ROTAVIRUS	PRIMERA	2 MESES	260719
		SEGUNDA		260919
		TERCERA		26 DIC. 2019

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
NEUMOCÓGICA CONJUGADA	INFECCIONES POR NEUMOCOCO	PRIMERA	2 MESES	26 JUL 2019
		SEGUNDA	4 MESES	260919
		REFUERZO	12 MESES	- 1 JUN. 2020
INFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA	6 MESES	260919
		SEGUNDA	7 MESES	260919
		REVACUNACIÓN	ANUAL HASTA LOS 59 MESES	
SRP	SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS	PRIMERA	1 AÑO	- 1 JUN. 2021
		REFUERZO	6 AÑOS	
SABIN	POLIOMIELITIS	ADICIONALES		
SR	SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	ADICIONALES		
OTRAS VACUNAS				

**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.

Sandra Elena Fuentes Alvarado. 30/8/1987. CDH

No. de Certificado
de Nacimiento _____

FOTOGRAFÍA

IDENTIFICACIÓN: GPO. SANGÜÍNEO Y RH: _____

APELLIDOS Y NOMBRE: Misaela Fuentes

Alana

AFILIACIÓN / MATRÍCULA / EXPEDIENTE: _____

UNIDAD MÉDICA: _____

CONSULTORIO No.

DATOS GENERALES:

SEXO: ☒ MUJER ☐ HOMBRE

DOMICILIO: Calle T. Zaragoza No 408-

CALLE Y NÚMERO

201 Federal

COLONIA / LOCALIDAD

V. Cuauhtémoc

MUNICIPIO O DELEGACIÓN

C.P.

ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

LOCALIDAD

CDMX

MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA

24 05 1987

DÍA MES AÑO

LUGAR Y FECHA DE REGISTRO CIVIL:

LOCALIDAD

DÍA MES AÑO

MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA