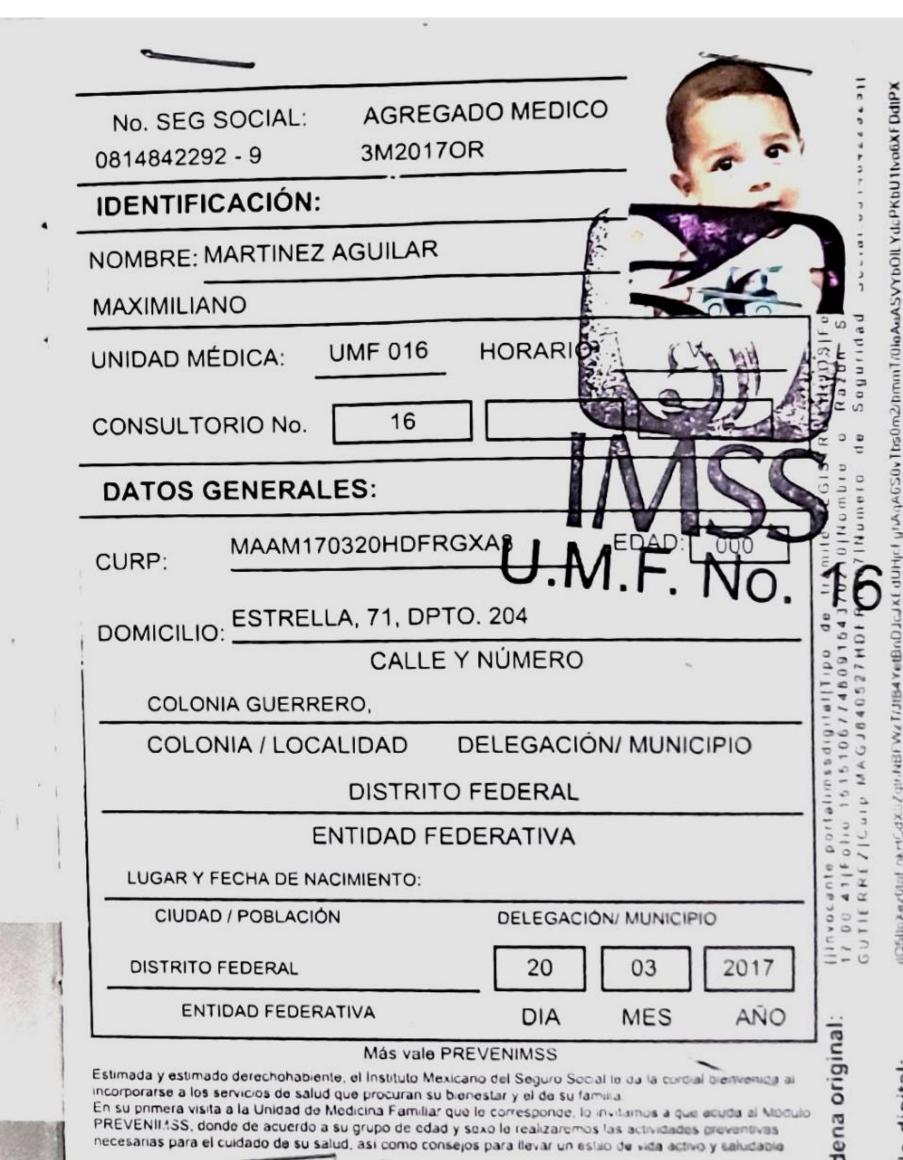


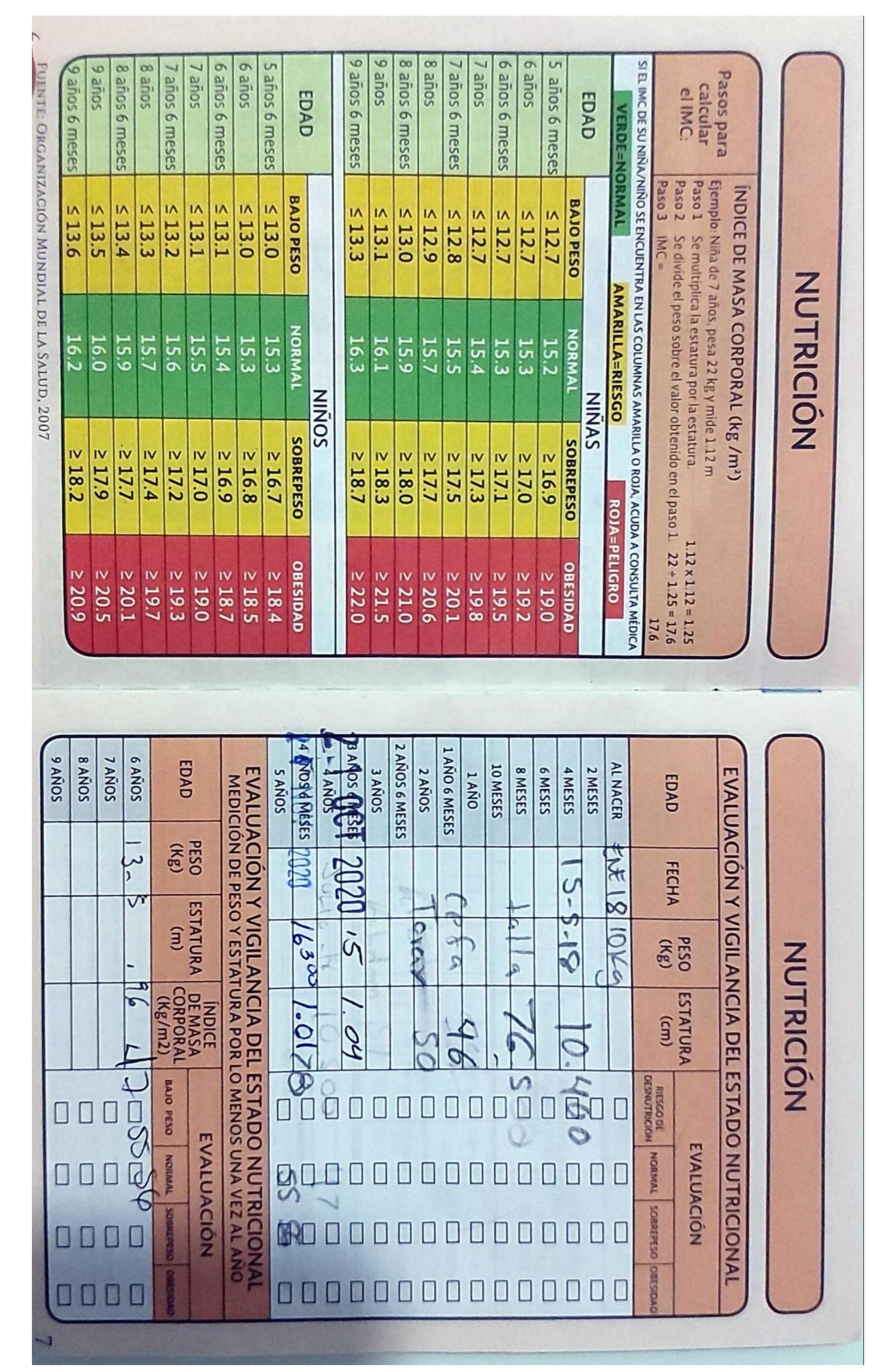
CADA VEZ QUE LLEVE A SU NIÑA O NIÑO A LA UNIDAD MÉDICA, SOLICITE AL PERSONAL MÉDICO O DE ENFERMERÍA, QUE:

- 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 realicem a su hija o hijo todas las acciones contenidas en esta cartilla. Su participación es esencial para mantener su salud.



0 W



ESQUEMA DE VACUNACIÓN

7				
DPT	PEN I A VALENTE ACELULAR DP-T VPI + Hib	HEPATITIS B	BCG	VACUNA
DIFTERIA, TOS FERINA Y TÉTANOS POR ROTAVIRUS	DIFTERIA, TOS FERINA, TÉTANOS, POLIOMIELITIS E INFECCIONES POR H. influenzae b	HEPATITIS B	TUBERCULOSIS	ENFERMEDAD QUE PREVIENE
REFUERZO PRIMERA PRIMERA SEGUNDA TERCERA	PRIMERA	PRIMERA	ÚNICA	DOSIS
18 MESES 2 MESES 4 MESES 6 MESES 6 MESES	2 MESES 4 MESES 6 MESES	AL NACER 2 MESES 6 MESES	AL NACER	EDAD Y FRECUENCIA
191018 2205/7 2407/7 2509/7	1000	220517	300417	DE VACUNACIÓN

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

OTRAS	SR	SABIN	SRP		INFLUENZA		CONJUGADA	NEUMOCÓCICA		VACUNA	
	SARAMPIÓN	POLIOMIELITIS	PAROTIDITIS		INFLUENZA	MENTA	INFECCIONES POR NEUMOCOCO		ENFERMEDAD QUE PREVIENE		
		A _D	REFUERZO	PRIMERA	REVACUNACIÓN	PRIMERA	REFUERZO	SEGUNDA	PRIMERA	DOSIS	
	ADICIONALES	CIONALES	6 AÑOS	1 AÑO	ANUAL HASTA LOS 59 MESES	By WESES	12 MESES	4 MESES	2 MESES	FRECUENCIA	
		1.4 A. 1.	Complidas	230318	1202 NON	13 NON 5020 -0	7303/8	240717	22 05/7	DE VACUNACIÓN	