

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:

RASF1908261HDFHNRA1

No. de Certificado
de Nacimiento

3259 4109



IDENTIFICACIÓN:

GPO. SANGUÍNEO Y RH:

APELLIDOS Y NOMBRE:

Fernando Daryl
Ramirez Santos

AFILIACIÓN / MATRÍCULA / EXPEDIENTE:

UNIDAD MÉDICA:

CONSULTORIO No.

☐ ☐ ☐

DATOS GENERALES:

SEXO:

MUJER

HOMBRE

DOMICILIO:

Calle 11 y fe 22 H2a 66

Jose Lopez Portillo

CALLE Y NÚMERO

Iztapalapa

COLONIA / LOCALIDAD

MUNICIPIO O DELEGACIÓN

09920

C.P.

Cd Mexico

ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

Iztapalapa

LOCALIDAD

Cd Mexico

MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA

26 08 19

DÍA MES AÑO

LUGAR Y FECHA DE REGISTRO CIVIL:

Iztapalapa

LOCALIDAD

Cd Mexico

MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA

9 10 19

DÍA MES AÑO

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

| VACUNA | ENFERMEDAD QUE PREVIENE | DOSIS | EDAD Y FRECUENCIA | FECHA DE VACUNACIÓN |
|---|--|----------|---------------------|---------------------|
| BCG | TUBERCULOSIS | ÚNICA | AL NACER | 03-09-2019 |
| HEPATITIS B | HEPATITIS B | PRIMERA | AL NACER | 03-09-2019 |
| | | SEGUNDA | 2 MESES Feb 20 | 06-NOV-19 |
| | | TERCERA | 6 MESES | |
| PENTAVALENTE ACELULAR DPaT + VPI + Hib | DIFTERIA, TOS FERINA, TÉTANOS, POLIOMIELITIS E INFECCIONES POR H. influenzae b | PRIMERA | 2 MESES P3076 | 06-NOV-19 |
| | | SEGUNDA | 4 MESES R3AS7 | 13 FEB 2020 |
| | | TERCERA | 6 MESES R3133121 | 09 SEP 2020 |
| | | CUARTA | 18 MESES | 09 Sep. 2021 |
| DPT | DIFTERIA, TOS FERINA Y TÉTANOS | REFUERZO | 4 AÑOS | |
| ROTAVIRUS | | PRIMERA | 2 MESES R0179662 | 06-NOV-19 |
| | | SEGUNDA | 4 MESES | 13 FEB 2020 |
| | | TERCERA | 6 MESES | |

RotaTeg® VACUNA ORAL PENTAVALENTE DE
DIFTERIA, TOS FERINA, TÉTANOS, POLIOMIELITIS Y
INFECCIONES POR H. influenzae b
Lote: R023839
Cad. MAY20

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

| VACUNA | ENFERMEDAD QUE PREVIENE | DOSIS | EDAD Y FRECUENCIA | FECHA DE VACUNACIÓN |
|-----------------------|----------------------------------|--------------|--------------------------|---------------------|
| NEUMOCÓCICA CONJUGADA | INFECCIONES POR NEUMOCOCO | PRIMERA | 2 MESES X84206 | 06-NOV-19 |
| | | SEGUNDA | 4 MESES R011854 | 13 FEB 2020 |
| INFLUENZA | INFLUENZA | REFUERZO | 12 MESES R197531021 | 09 SEP 2020 |
| | | PRIMERA | 6 MESES | |
| | | SEGUNDA | 7 MESES | |
| SRP | SARAMPION, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS | REVACUNACIÓN | ANUAL HASTA LOS 59 MESES | |
| | | PRIMERA | 1 AÑO R03420609 | 09 SEP 2020 |
| SABIN | POLIOMIELITIS | REFUERZO | 6 AÑOS | completado |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| SR | SARAMPION Y RUBÉOLA | | ADICIONALES | |
| OTRAS VACUNAS | | | | |
| | | | | |
| | | | | |