

- 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

**CURP:**

[illegible]

**IDENTIFICACIÓN:**

**GPO. SANGUÍNEO Y RH:**

**APELLIDOS Y NOMBRE:**

APellidos y nombre: Molina Escamilla  
Andrés Alfonso

AFILIACIÓN / MATRÍCULA / EXPEDIENTE:

UNIDAD MÉDICA:

CONSULTORIO No.

□ □ □

### DATOS GENERALES:

SEXO:

		MUJER	HOMBRE
1	1. ¿Qué tipo de vivienda tiene?	1. Propia	1. Propia
	2. ¿Cuántos metros cuadrados tiene?	2. 100	2. 100
2	3. ¿Cuántos metros cuadrados tiene?	3. 100	3. 100
	4. ¿Cuántos metros cuadrados tiene?	4. 100	4. 100
3	5. ¿Cuántos metros cuadrados tiene?	5. 100	5. 100
	6. ¿Cuántos metros cuadrados tiene?	6. 100	6. 100
4	7. ¿Cuántos metros cuadrados tiene?	7. 100	7. 100
	8. ¿Cuántos metros cuadrados tiene?	8. 100	8. 100
5	9. ¿Cuántos metros cuadrados tiene?	9. 100	9. 100
	10. ¿Cuántos metros cuadrados tiene?	10. 100	10. 100
6	11. ¿Cuántos metros cuadrados tiene?	11. 100	11. 100
	12. ¿Cuántos metros cuadrados tiene?	12. 100	12. 100
7	13. ¿Cuántos metros cuadrados tiene?	13. 100	13. 100
	14. ¿Cuántos metros cuadrados tiene?	14. 100	14. 100
8	15. ¿Cuántos metros cuadrados tiene?	15. 100	15. 100
	16. ¿Cuántos metros cuadrados tiene?	16. 100	16. 100
9	17. ¿Cuántos metros cuadrados tiene?	17. 100	17. 100
	18. ¿Cuántos metros cuadrados tiene?	18. 100	18. 100
10	19. ¿Cuántos metros cuadrados tiene?	19. 100	19. 100
	20. ¿Cuántos metros cuadrados tiene?	20. 100	20. 100

DOMICILIO: Avenida Universidad #132

DOMICILIO: Avenida Universidad #132  
Cal Florida CALLE Y NÚMERO  
Alvaro Obregón.  
 COLONIA / LOCALIDAD MUNICIPIO O DELEGACIÓN

COLONIA / LOCALIDAD

MUNICIPIO O DELEGACIÓN

C.P.

ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

LOCALIDAD

05 07 2017  
DÍA MES AÑO

MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA

**LUGAR Y FECHA DE REGISTRO CIVIL:**

LOCALIDAD

21 07 2017  
DÍA MES AÑO

MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA

## NUTRICIÓN

### ÍNDICE DE MASA CORPORAL ( $\text{kg}/\text{m}^2$ )

Pasos para  
calcular el IMC:

Ejemplo: Niña de 7 años, pesa 22 kg y mide 1.12 m  
 Paso 1 Se multiplica la estatura por la estatura.  $1.12 \times 1.12 = 1.25$   
 Paso 2 Se divide el peso sobre el valor obtenido en el paso 1.  $22 \div 1.25 = 17.6$   
 Paso 3 IMC = 17.6

SI EL IMC DE SU NIÑA/NiÑO SE ENCUENTRA EN LAS COLUMNAS AMARILLA O ROJA, ACUDA A CONSULTA MÉDICA

VERDE=NORMAL

AMARILLA=RIESGO

ROJA=PELIGRO

EDAD	NIÑAS			
	BAJO PESO	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
5 años 6 meses	$\leq 12.7$	15.2	$\geq 16.9$	$\geq 19.0$
6 años	$\leq 12.7$	15.3	$\geq 17.0$	$\geq 19.2$
6 años 6 meses	$\leq 12.7$	15.3	$\geq 17.1$	$\geq 19.5$
7 años	$\leq 12.7$	15.4	$\geq 17.3$	$\geq 19.8$
7 años 6 meses	$\leq 12.8$	15.5	$\geq 17.5$	$\geq 20.1$
8 años	$\leq 12.9$	15.7	$\geq 17.7$	$\geq 20.6$
8 años 6 meses	$\leq 13.0$	15.9	$\geq 18.0$	$\geq 21.0$
9 años	$\leq 13.1$	16.1	$\geq 18.3$	$\geq 21.5$
9 años 6 meses	$\leq 13.3$	16.3	$\geq 18.7$	$\geq 22.0$

  

EDAD	NIÑOS			
	BAJO PESO	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
5 años 6 meses	$\leq 13.0$	15.3	$\geq 16.7$	$\geq 18.4$
6 años	$\leq 13.0$	15.3	$\geq 16.8$	$\geq 18.5$
6 años 6 meses	$\leq 13.1$	15.4	$\geq 16.9$	$\geq 18.7$
7 años	$\leq 13.1$	15.5	$\geq 17.0$	$\geq 19.0$
7 años 6 meses	$\leq 13.2$	15.6	$\geq 17.2$	$\geq 19.3$
8 años	$\leq 13.3$	15.7	$\geq 17.4$	$\geq 19.7$
8 años 6 meses	$\leq 13.4$	15.9	$\geq 17.7$	$\geq 20.1$
9 años	$\leq 13.5$	16.0	$\geq 17.9$	$\geq 20.5$
9 años 6 meses	$\leq 13.6$	16.2	$\geq 18.2$	$\geq 20.9$

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2007

## NUTRICIÓN

### EVALUACIÓN Y VIGILANCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL

EDAD	FECHA	PESO (Kg)	ESTATURA (cm)	EVALUACIÓN			
				RIESGO DE DESNUTRICIÓN	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
AL NACER				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 AÑO				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 AÑO 6 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 AÑOS				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 AÑOS 6 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 AÑOS				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 AÑOS 6 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 AÑOS				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 AÑOS 6 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 AÑOS				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### EVALUACIÓN Y VIGILANCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL MEDICIÓN DE PESO Y ESTATURA POR LO MENOS UNA VEZ AL AÑO

EDAD	PESO (Kg)	ESTATURA (m)	ÍNDICE DE MASA CORPORAL ( $\text{kg}/\text{m}^2$ )	EVALUACIÓN			
				BAJO PESO	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
6 AÑOS				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 AÑOS				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 AÑOS				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 AÑOS				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
BCG	TUBERCULOSIS	PRIMERA	AL NACER	10 AGO 2017
HEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMERA	AL NACER	05 SEP 2017
		SEGUNDA	2 MESES	05 JUN 2018
		TERCERA	6 MESES	25 OCT 2018
PENTAVALENTE ACELULAR DPaT + VPI + Hib	DIFTERIA, TOS FERINA Y TÉTANOS POLIOMIELITIS E INFECCIONES POR H. influenzae b	PRIMERA SEGUNDA TERCERA CUARTA	2 MESES 4 MESES 6 MESES 18 MESES	12 SET. 2017 21 NOV 2017 06 FEB 2018 28/02/19
DPT	DIFTERIA, TOS FERINA Y TÉTANOS	PRIMERA	AL NACER	05 SEP 2017
ROTAVIRUS	DIARREA POR ROTAVIRUS	PRIMERA SEGUNDA	MESES 4 MESES	18 OCT 2017 12/11/2017

## ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
NEUMOCÓCICA CONJUGADA	INFECCIONES POR NEUMOCÓCICO	PRIMERA SEGUNDA REFUERZO	4 MESES 12 MESES 12 MESES	12 SET. 2017 31 JUL 2018
INFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA SEGUNDA REVACUNACIÓN	6 MESES 7 MESES ANUAL HASTA LOS 59 MESES	
SRP	SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS	PRIMERA REFUERZO	1 AÑO 6 AÑOS	25 OCT 2018
SABIN	POLIOMIELITIS	ADICIONALES		
SR	SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	ADICIONALES		
OTRAS VACUNAS				

## PREVENCIÓN DE ADICCIONES

ACCIONES							
INFORMACIÓN	SESIONES O DINÁMICAS INFORMATIVAS PARA NIÑOS, MADRES, PADRES O TUTOR (A)	TABACO Y ALCOHOL	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
		OTRAS SUSTANCIAS					
ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA	NIÑOS						
	MADRES, PADRES O TUTOR (A)						
	OTRAS ACCIONES						

## ACTIVIDAD FÍSICA

ACCIÓN	FECHA				
ESTABLECIMIENTO DEL PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA					

