

CURP: **CIVS181205NOFSLPAD**

No. de Certificado de Nacimiento

IDENTIFICACIÓN: GPO. SANGÜINEO Y RH:

APELLIDOS Y NOMBRE: **CISNEROS VILLAGRANA SOPHIA**

AFILIACIÓN / MATRÍCULA / EXPEDIENTE: **VIBL890612/8**

UNIDAD MÉDICA: **CMF OTE**

CONSULTORIO No. **6**

DATOS GENERALES: SEXO: **F** M

DOMICILIO: **AU Emilio Azcaridia Vida- URETA EDIF 36 CALLE Y NÚMERO**

COLONIA / LOCALIDAD: **09228** MUNICIPIO O DELEGACIÓN: **CDMX**

C.P. ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: **HOSPITAL ZORRERO ISSSTE** **05/12/18**

LOCALIDAD: **CDMX** DÍA MES AÑO

MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE REGISTRO CIVIL:

LOCALIDAD DÍA MES AÑO

MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA

### NUTRICIÓN

#### EVALUACIÓN Y VIGILANCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL

MEDICIÓN DE PESO Y ESTATURA EN CADA VISITA

EDAD	FECHA	PESO (Kg)	ESTATURA (cm)	EVALUACIÓN			
				PESO BAJO	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	<b>210619</b>	<b>7</b>	<b>68</b>	<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	<b>04 AGO. 2020</b>	<b>12.00</b>	<b>89</b>	<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 (Kg/m²)	EVALUACIÓN			
				PESO BAJO	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	ÚNICA	AL NACER	<b>1 1 DIC. 2018</b>
HEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMERA	AL NACER	<b>1 1 DIC. 2018</b>
		SEGUNDA	1 MESES	<b>1 1 FEB. 2019</b>
		TERCERA	6 MESES	<b>2 1 JUN 2019</b>
PENTAVALENTE ACELULAR DPaT + VPI + Hib	DIFTERIA, TOSFERINA, TETANOS, POLIOMIELITIS, INFECCIONES POR H. influenzae b	PRIMERA	2 MESES	<b>1 1 FEB. 2019</b>
		SEGUNDA	4 MESES	<b>1 1 ABR. 2019</b>
		TERCERA	6 MESES	<b>2 1 JUN 2019</b>
		CUARTA	18 MESES	<b>0 4 AGO. 2020</b>
DPT	DIFTERIA, TOSFERINA Y TETANOS	REFUERZO	4 AÑOS	
ROTAVIRUS	DIARREA POR ROTAVIRUS	PRIMERA	1 MESES	<b>1 1 FEB. 2019</b>
		SEGUNDA	3 MESES	<b>1 1 ABR. 2019</b>
		TERCERA	6 MESES	<b>2 1 JUN 2019</b>

### ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
BCG	TUBERCULOSIS	ÚNICA	AL NACER	<b>1 1 FEB. 2019</b>
HEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMERA	AL NACER	<b>1 1 ABR. 2019</b>
		SEGUNDA	1 MESES	<b>1 1 ABR. 2019</b>
		TERCERA	6 MESES	<b>16-ENE-2020</b>
INFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA	6 MESES	<b>16-ENE-2020</b>
		SEGUNDA	7 MESES	
		REVACUNACIÓN	ANUAL HASTA LOS 59 MESES	
SRP	SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS	PRIMERA	1 AÑO	<b>0 4 AGO. 2020</b>
		REFUERZO	5 AÑOS	
SABIN	POLIOMIELITIS		ADICIONALES	
SR	SARAMPIÓN Y RUBÉOLA		ADICIONALES	<b>1 8 MAYO 2021</b>

Varivax III VACUNA ANTIRUBÉOLA ATENUADA Suspensión 0.5 mL Inyectable SC

002972 DIC-2020

Varicela 4 AGO. 2020 002972

Hepatitis A