

CURP:

G-2

RASZ210713MDFMRRA4

No. de Certificado  
de Nacimiento

FOTOGRAFÍA

**IDENTIFICACIÓN:**

GPO. SANGUÍNEO Y RH: O+

APELLIDOS Y NOMBRE: Ramirez Serrano  
Zuri Valentina G-11

AFILIACIÓN / MATRÍCULA / EXPEDIENTE:

UNIDAD MÉDICA:

CONSULTORIO No.

**DATOS GENERALES:**

SEXO: ☒ MUJER ☐ HOMBRE

DOMICILIO: Nicolas Bravo M2304+3

CALLE Y NÚMERO

Los Reyes.

COLONIA / LOCALIDAD

MUNICIPIO O DELEGACIÓN

C.P.

ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

Edo Mexico

LOCALIDAD

Edo Mexico

MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA

13 07 21

DÍA MES AÑO

LUGAR Y FECHA DE REGISTRO CIVIL:

Edo Mexico

LOCALIDAD

Edo Mexico

MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA

19 07 21

DÍA MES AÑO

# NUTRICIÓN

## EVALUACIÓN Y VIGILANCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL

EDAD	FECHA	PESO (Kg)	ESTATURA (cm)	EVALUACIÓN			
				RIESGO DE DESNUTRICIÓN	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
AL NACER	13/07/21	2,205	47cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 MESES	22/09/21	3,990	56cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 MESES	11/11/21	5,500	60cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 MESES	25/01/22	6,520	64cm	<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 (Kg/m <sup>2</sup> )	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 03706058	UNICA	AL NACER	21 JUL 2021
HEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMERA	AL NACER	19 JUL 2021
		SEGUNDA	2 MESES	_____
		TERCERA	6 MESES	_____
PENTAVALENTE ACELULAR DPT + IPV + Hib	DIFTERIA, TOS FERINA, TÉTANOS, POLIOMIELITIS E INFECCIONES POR <i>H. influenzae b</i>	PRIMERA	2 MESES <i>Hexavalente</i>	22 09 21
		SEGUNDA	4 MESES <i>Hexavalente</i>	24 11 21
		TERCERA	6 MESES	25 01 22
		CUARTA	18 MESES	23 Ene 23
DPT	DIFTERIA, TOS FERINA Y TÉTANOS	REFUERZO	4 AÑOS	_____
ROTAVIRUS	DIARREA POR ROTAVIRUS	PRIMERA	2 MESES <i>Monovalente</i>	22 09 21
		SEGUNDA	4 MESES <i>Monovalente</i>	24 11 21
		TERCERA	6 MESES	_____

# ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN			
NEUMOCÓCICA CONJUGADA	INFECCIONES POR NEUMOCOCO	PRIMERA	2 MESES	12-08-21			
		SEGUNDA	4 MESES	14-11-21			
		REFUERZO	12 MESES				
INFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA	6 MESES	29-01-22			
		SEGUNDA	7 MESES				
		REVACUNACIÓN	ANUAL HASTA LOS 59 MESES				
SRP	SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS	PRIMERA	1 AÑO				
		REFUERZO	6 AÑOS				
SABIN	POLIOMIELITIS	ADICIONALES					
SR	SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	ADICIONALES					
OTRAS VACUNAS							