## **ESQUEMA DE VACUNACIÓN**

				A	
FECHA DE VACUNACIÓN	CON STANCE.	MESES N. 7 AGO ZETT J.S. CHURTHAMESES N. 7 AGO ZETT J.S. CHURTHAMESES VIOLENZOLES	1 9 SEP 2016 12/02/2016 7 6 5 1 84 28/02/2019	3 SEP 2020	N. S SEP ZW
DOSIS FRECUENCIA	UNICATION CALVESTED OF	SAN SA	DIT BESSTE  DIT BESSTE  SANTA MARIA  SANTA MARIA  TETANOS  EINFECCIONE  FAMILIAR  TETANOS  FENERAL  FAMILIAR  FAMILI	REFUERZO SANOS	PRIMERA 2 MESES LÍNICA DE MEDICIRA SECUNDAM LI AREES SANTA MARIA MARIA LOSAUZO
ENFERMEDAD QUE PREVIENE	TUBERCULOSIS	CLINIGATION OF THE STATE OF THE	DIFT BEESTE TOS FERINA FED TÉTANOS POLIOMES DE EINFECCIONES H. influenzimeno	DIFTERM. STETE	POR ROTANGENS MED
VACUNA	BCG	HEPATITIS 8	PENTANATURE ACTIVITY DPATE VOICE	DPT	ROTAVIRUS

## **ESQUEMA DE VACUNACIÓN**

VACUNA	NEUMOCÓCICA CONJUGADA	N HE		SRP	ğ.	SABIN	SR	WEGINAS SA
ENFERMEDAD QUE PREVIENE	INFECCIONS POR SE	6 OLT	CLINIC	ARANGINA FAMILIA TRUBEOCANTA MARIA: REBOINGING PREVENTING	S SO	POLIOMIELITIS	SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	MONICORAL BASEDICINA FAMILA BRAS SANTA MARIA MEDICINA PREVENTIVA
DOSIS	J.S. Chaptenther Vananacion Universal Salta Manuel Assisgues	PRIMERA SEGUNDA	A DE	FAMILIAR MARIA"	CACUNACIO UNIVERSAL Or Menuel Domingus			Is
EDAD Y FRECUENCIA		6 MESES 7 MESES	ANUAL HASTA	1 AÑO .	CUNACION NIVERSAL Menuel Domingues	ADICIONALES	ADICIONALES	AGO 2017
FECHA DE VACUNACIÓN	72 102 12018 19-10-2018	2000		7 AGO 2017	19-x-18 30-10-20P			A

## 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.

90	At MA	LISARDI	MARIA		SEXO: MUJER HOWERE	#38114	CU O UHTCLOC MUNICIPIO O DELEGACIÓN	ENTIDAD FEDERATIVA	13 03 16.			DÍA MES AÑO	
NO 1 11 6 03 1 34 DFR 2 NA 6	N: GPO. SANGUÍNEO Y RH. A+		23		.ES:	DOMICILIO: SANGANA PLACELA	PIBERA MUNICAN	EN	DE NACIMIENTO:	MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA	LUGAR Y FECHA DE REGISTRO CIVIL:	LOCALIDAD	
NO 1 11 6 0	IDENTIFICACIÓN:	APELLIDOS Y NOMBRE	AFILIACIÓN / MATRÍCULA / EXPEDIENTE. UNIDAD MÉDICA: C. M. F. S.A.	CONSULTORIO No.	DATOS GENERALES:	DOMICILIO: SON	Sacre MARIA COLONIA/LOCALID	C.P.	LUGARY FECHA DE NACIMIENTO: LA GO CAJARIO 1/9. LOCALIDAD	MUNICIPIO O DELEGACI	LUGAR Y FECHA DE	001	-