## CADA VEZ QUE LLEVE A SU NIÑA O NIÑO A LA UNIDAD MÉDICA, SOLICITE AL PERSONAL MÉDICO O DE ENFERMERÍA, QU

- Revise su Cartilla Nacional de Salud
- , gae su peso y estatura
- 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 proxima cita
- conservar o recuperar la salud de su hija o hijo
- Anote en su Cartilla la fecha de las acciones que 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.

	O .	, a	
ECHA DE NACIMIENTO:  LICALION  LICALION  LICALION  ECHA DE REGISTRO CIVIL  MUNICIPIO O DILLOACION SE  MUNICIPIO O DILLOACION SE	DATOS GENERALES:  DOMICILIO: COLOGO CALLEYNOMO CALLEYNOMO COLONIA / IOCALIDAD MONCOSO	APELLIDOS Y NOMBRE:	TIXITALIGO8 29MDFL2LA2  No. de Certificado de Nacimiento  IDENTIFICACIÓN: GPO. SANGUINEO Y RH

## ESQUEMA DE VACUNACION

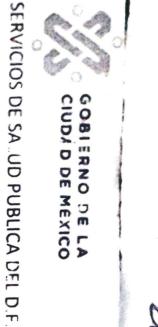
ENFERMEDAD QUE PREVIENE CONCICCO INFECCIONES POR CONCICADA NEUMOCOCO INFLUENZA INFLUENZA SRP SARAMPIÓN RUBÉOLA Y PAROTIDITIS  POLIOMIELTI O JAMANO D JAMANO	SRP SRP Z Z Z Z	MAN ON A STATE OF	9 8 DIC 2020	A STATE OF THE STA	SUZ ADN Y S.	S S TARE 2 2 B MAY	3.6 VOV 2016	3 + 6 1 Hely see
ENFERMEDAD QUE PREVIENE INFECCIONES POR NEUMOCOCO INFLUENZA INFLUENZA SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS POLIOMIELIT POLIOMIELIT	ENFERMEDAD DOSIS RECUMENTE CONTROLOMES SECULATION RELITIES ADICIONAL POLICIONAL POLICION	A CONTRACTOR OF THE CONTRACTOR		8 ENE 2017		MAY 2007		
		Ber					Marie Company of the	

THE THREE PARTY OF THE PARTY OF

\* OF THE PERSON OF THE PERSON

## ESQUEMA DE VACUNACIÓN

Alba Luany Teles Tu SABIN Dra- Kema Govila A. zillad cor



CIUDA DE MEXICO

JURISPICCION SENITARIA VENUSTIANO CARRANZA

NOMBRE: CENTRO DE SALL D'T-III BEATRIZ VELASCO DE ALEMAN NOMBRE DEL VACUNADOR VACUNA: EDAD: JK KO FECHA DE APLICACIÓN : Antipoliomielitis COP SUBTINE 23-02-2019





NOMBRE: PICKE LAWY 18 21 TAZ JURISDICCIÓN SANITARIA: LELLANTICAX C EDAD: Lung COMPROBANTE DE VACUNACIÓN FECHA DE APLICACIÓN: 13

MONTH DEL VACUNADOR VACUNA: 855