

**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.**

CURP:

(2AVV190722MDFM20A1)

No. de Certificado
de Nacimiento

IDENTIFICACIÓN: GPO, SANGUÍNEO Y RH:

APELLIDOS Y NOMBRE:

Victoria Ramirez
Velazquez

AFILIACIÓN / MATRÍCULA / EXPEDIENTE:

UNIDAD MÉDICA:

CONSULTORIO No.

DATOS GENERALES:

SEXO: MUJER HOMBRE

DOMICILIO:

Angström Bataunite 59-10
Presidentes Mexico
CALLE Y NÚMERO
09740
C.P.
CDMX
MUNICIPIO O DELEGACIÓN
ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

LOCALIDAD

MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE REGISTRO CIVIL:

LOCALIDAD

MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA

22 07 19
DÍA MES AÑO

08 09 19
DÍA MES AÑO



ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
BCG	TUBERCULOSIS	ÚNICA	AL NACER	06 Nov. 19
HEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMERA	AL NACER	06 Nov. 19
		SEGUNDA	2 MESES	06 ENE 2020
		TERCERA	6 MESES	05 AGO 2020
PENTAVALENTE ACELULAR DPaT + VPI + Hib	DIFTERIA, TOS FERINA, TÉTANOS, POLIOMIELITIS E INFECCIONES POR H. influenzae b	PRIMERA	2 MESES	06 Nov. 19
		SEGUNDA	4 MESES	06 ENE 2020
		TERCERA	6 MESES	06 MAR 2020
		CUARTA	18 MESES	22 ABR 2021
		REFUERZO	4 AÑOS	6
DIFTERIA, TOS FERINA, TÉTANOS	DIFTERIA, TOS FERINA, TÉTANOS	PRIMERA	2 MESES	06 Nov. 19
		SEGUNDA	4 MESES	06 ENE 2020
		TERCERA	6 MESES	06 MAR 2020

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
NEUMOCÓCICA CONJUGADA	INFECCIONES POR NEUMOCOCO	PRIMERA	2 MESES	06 Nov. 19
		SEGUNDA REFUERZO	4 MESES	06 ENE 2020
INFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA	6 MESES	Oct. Nov.
		SEGUNDA	7 MESES	
		REVACUNACIÓN	ANUAL HASTA LOS 59 MESES	
SRP	SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS	PRIMERA	1 AÑO	05 AGO 2020
		REFUERZO	6 AÑOS	
SABIN	POLIOMIELITIS	ADICIONALES		
SR	SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	ADICIONALES		29-09-21
OTRAS VACUNAS	Hepatitis A y B			05 AGO 2020
				05 AGO 2020

ISSSTE

CMF Iztapalapa II

Medicina Preventiva

R/N: Victoria Ramirez Vazquez.
 Sexo: Hombre () Mujer ()
 Peso: _____ Kg.

BCG	
Al nacer	06 NOV 2019 1635 300420

HEPATITIS B	
Antes de los 7 dias	06 NOV 2019 03280006 FEB 20
2 meses	06 Enero 2020
6 meses	

PENTAVALENTE ACELULAR	
2 MESES	03 JUL 2020 06 NOV 2019
4 MESES	06 Enero 2020
6 MESES	
18 MESES	

ROTAVIRUS	
2 MES	06 NOV 2019
4 MESES	06 Enero 2020
6 MESES	

NEUMOCOCICA CONJUGADA	
2 MESES	06 NOV 2019
4 MESES	06 Enero 2020
12 MESES	

Nota:

Este comprobante es provisional, en su próxima visita a este servicio deberá traer su Cartilla Nacional de Salud de 0 a 9 años (la cartilla se tramitara en este servicio en caso de ser derechohabientes del ISSSTE, deberá traer copia del acta de nacimiento, CURP, comprobante de domicilio, una fotografía infantil y alta o carnet del niño, si no es derechohabiente deberá ir al centro de salud o DIF para que se las otorguen).