Cada uno de sus hijas o hijos menores de 10 años. Niele derecho a recibir una cartilla como ésta. Le sirve para conocer las acciones de promoción y prevención para una mejor salud que deben recibir de acuerdo a su edad.

Esta cartilla se otorga y utiliza en todas las unidades médicas de la SS, IMSS, ISSSTE, DIF, PEMEX, SEDENA, SEMAR y del sector privado.

Además, la cartilla le servirá para que le registren sus próximas citas a los diferentes servicios de la institución.

GRATUITA



SECRETARÍA DI LA DIHENSA NACIONAI

SEMAR

SECRETARÍA DE MARINA

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

















CARTILLA NACIONAL DE SALUD



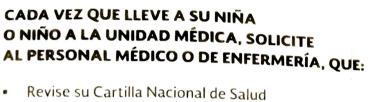
ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
BCG	TUBERCHLOSIS	VISIÓN DEL VISIÓN DEL VA PREVEN	NORTE ER	2 1 FEB 2019
HEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMERA	STE NO	12-02-19 De ABR 2019
		TÉRCERA	6 MESES 1	2 AGO 2019
PENTAVALENTE ACELUL AR DPaT + VPI + Hib	DIFTERIA, TOS FERINA, TÉTANOS, POLIOMIELITIS E INFECCIONES POR H. influenzae b	PRIMERA TEDIÇINA P SECUNDA TERCERA	M BELENORT REVENTIVA LIGARDA 6 MESES LIGARDA 1	8 ABR 2019 0 JUN 2919 2 AGO 2015
DPT	Hexaulen DIFTERIA, TOS FERINA	REFUERZO	LEGARIA 4 AÑOS	19 SEP ZOZO
ROTAVIRUS	Y TÉTANOS CLI DIARREA POR ROTAVIRUS	ISS VICA MENAS VEDICIONAL SEGUNDA	2 MESES DN DEL NOR TUMENTIMA 4 MESES	0 JUN 2019
STOT STOT		RotaTeq®	ROLLS FEBRO	

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	COLUMN VALUE OF	EDAD Y		ECHA CUNACK	ÓN	
neumocócica Conjugada	HERECO MENIC			A ME ES. L	8 AL D-JU D-FE	3R 20 N 29 3 20	13	
INFLUENZA	MEDIL INDEXOCHEA DI ISSSTE	PRI GUDIE REVACUNE	PANA N	MESES TMESES NUAL HASTA OS 59 MESES	D FE	3 20%) (q	
SRP	SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y	PRIME	RA	1 AÑO	18	MAR	2020	
	PAROTIDITIS	REFUER	zo	6 AÑOS				
SABIN	POLIOMIELIT	TIS	ADI	CIONALES	Och	z bre	19	
SR	SARAMPIĆ Y RUBÉOL		AD	ICIONALES	30V			
	Varkel	al	a	ONE LE	GUL 8	MAR	202	
OTRAS VACUNAS		20	la			702	4	

0



- 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.

No. de Certificado de Nacimiento		FOTO	GKA
IDENTIFICACIÓN: GPO. SANGUÍNEO Y R			
APELLIDOS Y NOMBRE: Hermande	2 Cor	onc	/
Emilia Parla			/
AFILIACIÓN / MATRÍCULA / EXPEDIENTE: COP/	860-	718	12
AFILIACIÓN/MATRÍCULA/EXPEDIENTE: COPI UNIDAD MÉDICA: CALF DIVISCO:	n de	10	4
CONSULTORIO No.			
DATOS GENERALES:	SEXO:	MUSE	R HOI
DOMICILIO 9/0+A Jeruca	Tors	A	nne
		10	,,,,,,
#26 Pensil Dock CALLEYNUM COLONIA / LOCAHIDAD MUN	NICIPIO O DEL	EGACIÓN	J /
11,430 N	iquel	Hid	da
	ADFF CRATIN	/A	J
			19
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	08	02	
	08 DÍA	02 MES	ÁÑC
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	<i>OS</i> DÍA	MES	AÑC
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: LOCALIDAD	<i>D</i> ÍA	MES	ÁÑC