

FOTOGRAFÍA

No. de Certificado de Nacimiento: **AAALN160401HDFLQTAB**

GPO, SANGÜINEO Y RH: _____

IDENTIFICACIÓN:

APELLIDOS Y NOMBRE: **Albarraza Hugo**

Afiliación / Matrícula / Expediente: **Nathan Adel Luis 38001177**

Unidad Médica: **CMF Emilita Zaragoza**

Consultorio No. ☐ ☐ ☐

SEXO: ☒ F ☐ M

DATOS GENERALES:

Domicilio: **And. y Contit. Apatzingran Mz 2**

CALLE Y NÚMERO: **VHE 2**

COCINA / LOCALIDAD: **Izacapala**

C.P.: **09180**

MUNICIPIO O DELEGACIÓN: **Cd. MX.**

ENTIDAD FEDERATIVA: _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

LOCALIDAD: **Izacapala**

Cd. MX.

MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA: _____

LUGAR Y FECHA DE REGISTRO CIVIL:

LOCALIDAD: **Edo. de Mex.**

MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA: _____

ESQUEMA DE VACUNACIÓN				
VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
BCG	TUBERCULOSIS	ÚNICA	AL NACER	7 04 16
HEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMERA	AL NACER	7 04 16
		SEGUNDA	2 MESES	7 06 16
		TERCERA	6 MESES	5 12 16
PENTAVALENTE ACELULAR DPaT + VPi + Hib	DIFTERIA, TOSFERINA, TÉTANOS, POLIOMIELITIS E INFECCIONES POR H. influenzae b	PRIMERA	2 MESES	13 06 16
		SEGUNDA	4 MESES	30 08 16
		TERCERA	6 MESES	5 12 16
		CUARTA	18 MESES	08 JUN 2018
DPT	DIFTERIA, TOSFERINA Y TÉTANOS	REFUERZO	4 AÑOS	08 OCT 2020
ROTAVIRUS	DIARREA POR ROTAVIRUS	PRIMERA	2 MESES	7 06 16
		SEGUNDA	4 MESES	30 08 16
		TERCERA	6 MESES	- 0 -

ESQUEMA DE VACUNACIÓN				
VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
NEUMOCÓCICA CONJUGADA	INFECCIONES POR NEUMOCOCO	PRIMERA	2 MESES	7 06 16
		SEGUNDA	4 MESES	30 08 16
		REFUERZO	12 MESES	30 05 17
INFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA	6 MESES	5 12 16
		SEGUNDA	7 MESES	5 01 17
		REVACUNACIÓN	ANUAL HASTA 3 AÑOS	27 MAR 2019
SRP	SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS	PRIMERA	1 AÑO	08 OCT 2020
		REFUERZO	6 AÑOS	27 MAR 2019
SABIN	POLIOMIELITIS		ADICIONALES	
SR	SARAMPIÓN Y RUBÉOLA		ADICIONALES	
OTRAS VACUNAS	Varicela.			08 JUN 2018