

**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:

RAV1190722HDFMZSA0

No. de Certificado  
de Nacimiento

**IDENTIFICACIÓN:** GPO. SANGUÍNEO Y RH:

APELLIDOS Y NOMBRE: Isabella Ramirez  
Vazquez

AFILIACIÓN / MATRÍCULA / EXPEDIENTE: VAZA836408/8

UNIDAD MÉDICA: CMT Tepic

CONSULTORIO No.

**DATOS GENERALES:**

SEXO: ☒ MUJER ☐ HOMBRE

DOMICILIO: Amatitlan 59-187

Residente, Mexico

COLONIA / LOCALIDAD 1744444

C.P. 04740 MUNICIPIO O DELEGACIÓN CDMX

ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

LOCALIDAD

DÍA MES AÑO 22 07 19

MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE REGISTRO CIVIL:

LOCALIDAD Jorgeado 48

DÍA MES AÑO 08 09 19

MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA



## ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
BCG	TUBERCULOSIS	ÚNICA	AL NACER	06 Nov. 2019
HEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMERA	AL NACER	06 Nov. 2019
		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. 2019
		SEGUNDA	4 MESES	06 ENE 2020
		TERCERA	6 MESES	06 MAR 2020
		CUARTA	18 MESES	23 ABR 2021
DPT	DIFTERIA, TOS FERINA Y TÉTANOS	REFUERZO	4 AÑOS	
ROTAVIRUS	DIARREA POR ROTAVIRUS	PRIMERA	2 MESES	06 Nov. 2019
		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. 2019
		SEGUNDA REFUERZO	4 MESES 12 MESES	06 ENE 2020
INFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA	6 MESES	
		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		29.04.21
OTRAS VACUNAS	Hepatitis A, Hepatitis B, Vacuna contra la COVID-19			05 AGO 2020



ISSSTE

CMF Iztapalapa II  
Medicina Preventiva

R/N: Ramirez Velazquez Isabela  
Sexo: Hombre ( ) Mujer (X)  
Peso: 4.350 Kg.

BCG	
Al nacer	1635 06 NOV 2019

HEPATITIS B	
Antes de los 7 días	06 NOV 2019 03 28 006CC
2 meses	06/01/2020
6 meses	

PENTAVALENTE ACELULAR	
2 MESES	P3076 06 NOV 2019
4 MESES	06/01/2020
6 MESES	
18 MESES	

ROTAVIRUS	
2 MESES	P2012962 06 NOV 2019
4 MESES	06/01/2020
6 MESES	

NEUMOCOCICA CONJUGADA	
2 MESES	X84704 06 NOV 2019
4 MESES	06/01/2020
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).