

**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: Coicna Mireya Cortes Luna 28-11-1981

NO CC 1 60 43 0 N D F R R M A B

Folio 936
FOTOGRAFÍA

No. de Certificado de Nacimiento 020065938

IDENTIFICACIÓN: GPO. SANGÜÍNEO Y RH:

APELLIDOS Y NOMBRE: Norberto Cortes

Camila Beatriz

AFILIACIÓN / MATRÍCULA / EXPEDIENTE:

UNIDAD MÉDICA:

CONSULTORIO No. ☐ ☐ ☐

SEXO: ☒ MUJER ☐ HOMBRE

DATOS GENERALES:

DOMICILIO: 2da. Cerrada de Aztecas

Bo. La Asunción #24 Iztapalapa

COLONIA / LOCALIDAD

C.P. 09000

ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

Tuxpan 25 Roma Sur.

LOCALIDAD

Coahuila de Zaragoza

MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE REGISTRO CIVIL:

Ciudad de México

LOCALIDAD

Iztapalapa

MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA

30 04 16
DÍA MES AÑO

16 05 16
DÍA MES AÑO

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
BCG	TUBERCULOSIS	UNICA	AL NACER	17 MAY 2016
HEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMERA	AL NACER	01-05-16
		SEGUNDA	2 MESES	18 JUL 2016
		TERCERA	6 MESES	01 DIC 2016
PENTAVALENTE ACELULAR DPaT + VP1 + Hib	DIFTERIA, TOS FERINA, TETANOS, POLIOMIELITIS E INFECCIONES POR H. influenzae b	PRIMERA	2 MESES	18 JUL 2016
		SEGUNDA	4 MESES	20 SEP 2016
		TERCERA	6 MESES	01 DIC 2016
		CUARTA	18 MESES INMUNIZACIONES	06-06-18
DPT	DIFTERIA, TOS FERINA, TETANOS	REFUERZO	4 AÑOS	06 AGO 2020
ROTAVIRUS	ROTAVIRUS Y/O RECOMBINANTE HAMANO-SITANI/PENTAVALENTE	PRIMERA	PRIMERA	18 JUL 2016
		SEGUNDA	4 MESES	20 SEP 2016
		TERCERA	6 MESES	01 DIC 2016

10

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
NEUMOCÓCICA CONJUGADA	INFECCIONES POR NEUMOCOCO	PRIMERA	2 MESES	18 JUL 2016
		SEGUNDA	4 MESES	05 SEP 2016
		REFUERZO	12 MESES	25 JUL 2017
INFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA	6 MESES	25 JUL 2017
		SEGUNDA	6 MESES	10 NOV 2020
		REVACUNACIÓN ANUAL HASTA LOS 59 MESES		10 NOV 2020
SRP	SARAMPION, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS	PRIMERA	1 AÑO	25 JUL 2017
SABIN	POLIOMIELITIS	REFUERZO	MIN 6 AÑOS	
SR	SARAMPION Y RUBÉOLA	ADICIONALES		
OTRAS VACUNAS	INMUNIZACIONES			

11