

**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

ZEMPOAUTELA HERNANDEZ FERNANDA

*MA
FN-29/09/97
C 201X
205*

**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:

ZEHI1730714HDFMRSAB

**No. de Certificado
de Nacimiento**

FOTOGRAFÍA

IDENTIFICACIÓN: GPO. SANGUÍNEO Y RH:

APELLIDOS Y NOMBRE: *Zempoautela*

Hernandez Isaac Yael

AFILIACIÓN / MATRÍCULA / EXPEDIENTE:

UNIDAD MÉDICA:

CONSULTORIO No.

DATOS GENERALES:

SEXO: ☒ MUJER ☐ HOMBRE

DOMICILIO: *Ignacio Mejia Nr 21 Lt 20*
Liberalco de 1807 Alvaro Obregón

COLONIA / LOCALIDAD

MUNICIPIO O DELEGACIÓN

0110
C.P.

ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

LOCALIDAD

14 07 17
DÍA MES AÑO

MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE REGISTRO CIVIL:

LOCALIDAD

DÍA MES AÑO

MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
BCG	TUBERCULOSIS	ÚNICA	AL NACER	15 Julio 2017
HEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMERA	AL NACER	15 Julio 2017
		SEGUNDA		18 SET. 2017
		TERCERA		07.09.18
PENTAVALENTE ACELULAR DPaT + VPI + Hib	DIFTERIA, TOS FERINA, TETANOS, POLIOMIELITIS E INFECCIONES POR H. influenzae b	PRIMERA	2 MESES	18 09 17
		SEGUNDA	4 MESES	05 DIC 2017
		TERCERA	6 MESES	15 FEB 2018
		REFUERZO	4 AÑOS	25 FEB. 2019
DPT	DIFTERIA, TOS FERINA Y TETANOS	REFUERZO	4 AÑOS	
ROTAVIRUS	DIARREA POR ROTAVIRUS	PRIMERA	2 MESES	18 09 17
		SEGUNDA	4 MESES	05 DIC 2017
		TERCERA	6 MESES	15 FEB 2018

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
NEUMOCÓCICA CONJUGADA	INFECCIONES PER NEUMOCÓCICO	PRIMERA	2 MESES	18 09 17
		SEGUNDA	4 MESES	05 DIC 2017
		REFUERZO	12 MESES	07.09.18
INFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA	6 MESES	
		SEGUNDA	7 MESES	
		REVACUNACIÓN	ANUAL HASTA LOS 59 MESES	
SRP	SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS	PRIMERA	1 AÑO	07.09.18
		REFUERZO	6 AÑOS	
SABIN	POLIOMIELITIS	PRIMERA	1 AÑO	25 FEB. 2019
		SEGUNDA	4 AÑOS	16 MAR 2020
SR	SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	ADICIONALES		
OTRAS VACUNAS				