

Cada uno de sus hijas o hijos menores de 10 años tienen derecho a recibir una cartilla como ésta. Les sirve para conocer las acciones de **Promoción y Prevención para una mejor salud** que deben recibir de acuerdo a su edad.



**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

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

**CARTILLA
NACIONAL
DE SALUD**

SEMAR

SEDENA

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

Niñas y niños de 0 a 9 años
CARTILLA NACIONAL DE VACUNACIÓN

GRATUITA



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



**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**

Esta Cartilla Nacional de Salud es un documento de carácter personal, donde se lleva el control de los servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades para una mejor salud de su niña o niño.

RECOMENDACIONES:

- Consérvela en las mejores condiciones
- Cuidela. Es un documento necesario para el ingreso de su hija o hijo a la escuela
- Para su mayor comodidad solicite cita programada al teléfono: _____
- Acuda puntualmente a su cita el día y a la hora programada
- En caso de que su hija o hijo presente una urgencia, acuda inmediatamente al servicio de urgencias de su unidad médica
- Siga todas las instrucciones del personal médico, de enfermería o de otro prestador de servicios de salud

ATENCIÓN MÉDICA

CITAS			RÚBRICA O CLAVE
FECHA	HORA	SERVICIO	

CURP:

--



No. de Certificado de Nacimiento _____

IDENTIFICACIÓN: GPO. SANGUÍNEO Y RH: _____

APELLIDOS Y NOMBRE: _____

AFILIACIÓN / MATRÍCULA / EXPEDIENTE: _____

UNIDAD MÉDICA: _____

CONSULTORIO No. _____

DATOS GENERALES:

SEXO:

DOMICILIO: _____

CALLE Y NÚMERO

_____ COLONIA / LOCALIDAD
_____ MUNICIPIO O DELEGACIÓN

_____ C.P.
_____ ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

_____ LOCALIDAD

DÍA	MES	AÑO

_____ MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE REGISTRO CIVIL:

_____ LOCALIDAD

DÍA	MES	AÑO

_____ MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA

ATENCIÓN

CITAS			RÚBRICA O CLAVE
FECHA	HORA	SERVICIO	

ACUERDO CON LA EDAD

EDAD	NIÑOS					
	PESO (Kg)				ESTATURA (cm)	
	PESO BAJO	PESO NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD	MÍNIMA	IDEAL
	<2.9	3.3	>3.9	>4.4	48.0	49.9
	<3.9	4.5	>5.1	>5.8	52.8	54.7
	<4.9	5.6	>6.3	>7.1	56.4	58.4
	<5.7	6.4	>7.2	>8.0	59.4	61.4
	<6.2	7.0	>7.8	>8.7	61.8	63.9
	<6.7	7.5	>8.4	>9.3	63.8	65.9
	<7.1	7.9	>8.8	>9.8	65.5	67.6
	<7.4	8.3	>9.2	>10.3	67.0	69.2
	<7.7	8.6	>9.6	>10.7	68.4	70.6
	<8.0	8.9	>9.9	>11.0	69.7	72.0
	<8.2	9.2	>10.2	>11.4	71.0	73.3
	<8.4	9.4	>10.5	>11.7	72.2	74.5
	<8.6	9.6	>10.8	>12.0	73.4	75.7
	<9.8	10.9	>12.2	>13.7	79.6	82.3
	<10.8	12.2	>13.6	>15.3	84.8	87.8
	<11.8	13.3	>15.0	>16.9	88.5	91.9
	<12.7	14.3	>16.2	>18.3	92.4	96.1
	<13.6	15.3	>17.4	>19.7	95.9	99.9
	<14.4	16.3	>18.6	>21.2	99.1	103.3
	<15.2	17.3	>19.8	>22.7	102.3	106.7
	<16.0	18.3	>21.0	>24.2	105.3	110.0

ATENCIÓN

CITAS			RÚBRICA O CLAVE
FECHA	HORA	SERVICIO	

NUTRICIÓN

EVALUACIÓN Y VIGILANCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL							
MEDICIÓN DE PESO Y ESTATURA EN CADA VISITA							
EDAD	FECHA	PESO (Kg)	ESTATURA (cm)	EVALUACIÓN			
				PESO BAJO	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
AL NACER				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 AÑO				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 AÑO 6 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 AÑOS				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 AÑOS 6 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 AÑOS				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 AÑOS 6 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 AÑOS				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 AÑOS 6 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 AÑOS				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EVALUACIÓN Y VIGILANCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL							
MEDICIÓN DE PESO Y ESTATURA POR LO MENOS UNA VEZ AL AÑO							
EDAD	PESO (Kg)	ESTATURA (m)	ÍNDICE DE MASA CORPORAL (Kg/m ²)	EVALUACIÓN			
				PESO BAJO	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
6 AÑOS				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 AÑOS				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 AÑOS				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 AÑOS				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ATENCIÓN

CITAS			RÚBRICA O CLAVE
FECHA	HORA	SERVICIO	

NUTRICIÓN

COMPLEMENTOS NUTRICIONALES			
ACCIÓN	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	FECHA	
VITAMINA "A" (Al nacimiento y en Semanas Nacionales de Salud)	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y DIARREAS		
HIERRO En niños con bajo peso al nacer o prematuros, a partir de los 2 meses de edad En niños con peso normal al nacer, a partir de los 4 meses de edad	ANEMIA	Fecha de inicio	
		Fecha de término	
OTROS			

Evita ver televisión o videojuegos más de 2 horas al día.

¡ACTÍVATE!

Mínimo 30 minutos todos los días: camina, sube y baja escaleras, anda en bicicleta, juega la pelota o de 3 a 5 veces a la semana realiza tu deporte favorito.

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
BCG	TUBERCULOSIS	ÚNICA	AL NACER	
HEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMERA	AL NACER	
		SEGUNDA	2 MESES	
		TERCERA	6 MESES	
PENTAVALENTE ACELULAR DPaT + VPI + Hib	DIFTERIA, TOSFERINA, TÉTANOS, POLIOMIELITIS E INFECCIONES POR <i>H. influenzae b</i>	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	
		TERCERA	6 MESES	
		CUARTA	18 MESES	
DPT	DIFTERIA, TOSFERINA Y TÉTANOS	REFUERZO	4 AÑOS	
ROTAVIRUS	DIARREA POR ROTAVIRUS	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	
		TERCERA	6 MESES	

PREVENCIÓN DE ADICCIONES

ACCIONES					
	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
	INFORMACIÓN				
OTRAS ACCIONES					

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y LESIONES

ACCIONES					
	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
INFORMACIÓN					
ORIENTACIÓN					

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
NEUMOCÓCICA CONJUGADA	INFECCIONES POR NEUMOCOCO	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	
		REFUERZO	12 MESES	
INFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA	6 MESES	
		SEGUNDA	7 MESES	
		REVACUNACIÓN	ANUAL HASTA LOS 59 MESES	
SRP	SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS	PRIMERA	1 AÑO	
		REFUERZO	6 AÑOS	
SABIN	POLIOMIELITIS		ADICIONALES	
SR	SARAMPIÓN Y RUBÉOLA		ADICIONALES	
OTRAS VACUNAS				

PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES

ACCIÓN	FRECUENCIA	FECHA
ATENCIÓN PREVENTIVA AL RECIÉN NACIDO (Profilaxis oftálmica y ministración de vitamina K)	EN EL MOMENTO DE NACER, POR EL MÉDICO O ENFERMERA QUE RECIBE AL NIÑO	
QUIMIOPROFILAXIS PARA TUBERCULOSIS PULMONAR	CUANDO EL MENOR TIENE CONTACTO COTIDIANO CON PERSONAS CON TUBERCULOSIS PULMONAR ACTIVA	Inicio de tratamiento
		Fin de tratamiento

SALUD BUCAL

CADA SEIS MESES O AL MENOS UNA VEZ AL AÑO, A PARTIR DE LOS TRES AÑOS DE EDAD PARA PREVENIR CARIES DENTAL Y ENFERMEDADES DE LA ENCÍA
(EN LOS PRIMEROS 12 MESES DE EDAD EL PERSONAL DE SALUD ORIENTARÁ AL RESPONSABLE DEL MENOR SOBRE LA TÉCNICA DE HIGIENE BUCAL)

ACCIÓN	FECHA											
DETECCIÓN DE PLACA BACTERIANA	1 ^{er} semestre			2 ^o semestre			1 ^{er} semestre			2 ^o semestre		
	1 ^{er} semestre			2 ^o semestre			1 ^{er} semestre			2 ^o semestre		
INSTRUCCIÓN EN TÉCNICA DE CEPILLADO DENTAL (desde el primer año de edad)	1 ^{er} semestre			2 ^o semestre			1 ^{er} semestre			2 ^o semestre		
	1 ^{er} semestre			2 ^o semestre			1 ^{er} semestre			2 ^o semestre		
INSTRUCCIÓN DE USO DEL HILO DENTAL (a partir de los 8 años de edad)	1 ^{er} semestre			2 ^o semestre			1 ^{er} semestre			2 ^o semestre		
	1 ^{er} semestre			2 ^o semestre			1 ^{er} semestre			2 ^o semestre		
APLICACIÓN DE FLÚOR (al menos una vez al año)	1 ^{er} semestre			2 ^o semestre			1 ^{er} semestre			2 ^o semestre		
	1 ^{er} semestre			2 ^o semestre			1 ^{er} semestre			2 ^o semestre		

DETECCIÓN DE ENFERMEDADES

DETECCIONES REALIZADAS POR MÉDICOS Y ENFERMERAS		EDAD RECOMENDADA	FECHA
TAMIZ NEONATAL	HIPOTIROIDISMO	AL NACIMIENTO O ANTES DE LOS CINCO DÍAS	
	HIPERPLASIA ADRENAL, FENILCETONURIA (Def. biotinidasa)	ENTRE EL 3 ^o Y EL 5 ^o DÍA DE VIDA	
EXPLORACIÓN DE INTEGRIDAD VISUAL (Sólo por el médico)		ANTES DE LOS ≥8 DÍAS	
EXPLORACIÓN DE LA FUNCIÓN VISUAL (Sólo por el médico)		DE SEIS A OCHO MESES	
AGUDEZA VISUAL		ENTRE LOS CUATRO Y SEIS AÑOS	
OTRAS DETECCIONES			