



Nombre de alumno: Mari Bella Pascual Juan

Nombre del profesor: María del Carmen López Silba

Nombre del trabajo: Cartilla de vacunación.

PASIÓN POR EDUCAR

Materia: Patología del niño y el adolescente.

Grado: 5

Grupo: B

Comitán de Domínguez Chiapas a 21 de enero del 2023.

MÉXICO
GOBIERNO DE
LA REPÚBLICA

SEDENA
SECRETARÍA
DE LA DEFENSA
NACIONAL

~~SEMAR~~
SECRETARÍA
DE MARINA

~~SALUD~~
SECRETARÍA
DE SALUD.

CARTILLA NACIONAL DE SALUD

NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 9 AÑOS

CARTILLA NACIONAL DE VACUNACION



IMSS



ISSSTE

DIF

NACIONAL



PEMEX

CURP:

No. de certificado de nacimiento: _____

IDENTIFICACION

GRUPO SANGUINEO Y RH: _____

APELLIDOS Y NOMBRE: _____

AFILIACION/MATRÍCULA/EXPEDIENTE: _____

UNIDAD MÉDICA: _____

CONSULTORIO No

DATOS GENERALES

SEXO: MUJER HOMBRE

DOMICILIO _____ CALLE Y NÚMERO

_____ COLONIA/LOCALIDAD MUNICIPIO/DELEGACION

_____ C.P. ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO

LOCALIDAD _____ DIA MES AÑO

_____ MUNICIPIO O DELEGACION/ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE REGISTRO CIVIL

LOCALIDAD _____ DIA MES AÑO

ESQUEMA DE VACUNACION

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACION
BCG	TUBERCULOSIS	UNICA	AL NACER	
HEPATITIS B	HERATITIS B	PRIMERA	AL NACER	
		SEGUNDA	2 MESES	
		TERCERA	6 MESES	
PENTAVALENTE ACELULAR DPT + VPH Hib	DIFTERIA, TOS FERINA, TETANOS, POLIOMIELITIS, E INFECCIONES POR INFLUENZA A E B	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	
		TERCERA	6 MESES	
		CUARTA	18 MESES	
DPT	DIFTERIA, TOS FERINA, Y TETANOS	REFUERZO	4 AÑOS	
ROTAVIROS	DIARREA POR ROTA VIRUS	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	
		TERCERA	6 MESES	

ESQUEMA DE VACUNACION

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACION
NEUMOCÓCICA CONJUGADA	INFECCIONES POR NEUMOCOCCO	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	
		REFUERZO	12 MESES	
INFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA	6 MESES	
		SEGUNDA	7 MESES	
		REUACONACION	ANUAL HASTA LOS 59 MESES	
SRP	SARAMPION, RUBEOCLA Y PAROTIDITIS	PRIMERA	1 AÑO	
		REFUERZO	6 AÑOS	
SABIN	POLIOMIELITIS oral	ADICIONALES		
SR	SARAMPION Y RUBEOCLA	ADICIONALES		
OTRAS VACUNAS	VPH	3-10 años		

VACUNA	DOSIS	VÍA
BCG	0.1 ml	Intracutánea.
HEPATITIS B	0.5 - 1 ml	I.M.
PENTAVA- LENTE	0.5 ml	I.M.
DPT	0.5 ml	I.M.
SRP	0.5 ml	Subcutánea
SR	0.5 ml	Subcutánea.
ROTAVIRUS	1.5 ml cada dosis	Oral
INFLUENZA	0.5 ml	I.M.
VPH	0.5 ml	I.M.
VARICELA	0.5 ml	Subcutánea