



# CARTILLA NACIONAL DE SALUD

ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS

**CADA VEZ QUE LLEVE A SU HIJA O HIJO ADOLESCENTE 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 de promoción y prevención de 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 en forma individual o colectiva
- Anote en su Cartilla la fecha de las acciones que le practicaron

**Vigile que le realicen a su hija o hijo adolescente todas las acciones contenidas en esta cartilla. Su participación es esencial para mantener su salud.**



# PROMOCIÓN

Solicita al personal de salud, te de información sobre estos temas

NO.	TEMA	UTILIDAD Y FRECUENCIA
1	INCORPORACIÓN AL PROGRAMA DE SALUD	<p><b>Utilidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Capacitarse para mantener la salud y la de la comunidad</li></ul> <p><b>Frecuencia</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Prevenir enfermedades adicciones, accidentes y violencia</li><li>• Favorecer la incorporación a grupos de ayuda mutua en caso necesario</li><li>• En cada consulta o contacto con los servicios de salud</li></ul>
2	HIGIENE PERSONAL	
3	ALIMENTACIÓN CORRECTA (Bajo peso, Sobrepeso y Obesidad)	
4	ACTIVIDAD FÍSICA	
5	SALUD BUCAL	
6	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	
7	SALUD MENTAL (Desarrollo emocional y proyecto de vida)	
8	PREVENCIÓN DE ADICCIONES (Tabaco, alcohol y otras sustancias)	
9	PREVENCIÓN DE VIOLENCIA (Física, psicológica, sexual y abandono)	
10	PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	
11	ENTORNOS FAVORABLES A LA SALUD (Vivienda, escuela y patio limpio)	
12	RESPONSABLES DE ANIMALES DE COMPAÑÍA	
13	INCORPORACIÓN A GRUPOS DE AYUDA MUTUA (Sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, y grupos de adolescentes promotores de la salud)	
14	CÁNCER	
15	OTROS (Tuberculosis)	

# DE LA SALUD

FECHA	TEMA No.

FECHA	TEMA No.

# NUTRICIÓN

## EVALUACIÓN Y VIGILANCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL

SE RECOMIENDA MEDICIÓN DE PESO Y ESTATURA POR LO MENOS UNA VEZ AL AÑO

FECHA	PESO (Kg)	ESTATURA (m)	ÍNDICE DE MASA CORPORAL (kg/m <sup>2</sup> )	EVALUACIÓN			
				PESO BAJO	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# NUTRICIÓN

## ÍNDICE DE MASA CORPORAL \*(kg /m<sup>2</sup>)

<b>Pasos para calcular el IMC:</b>	<b>Ejemplo:</b> Adolescente masculino de 14 años, pesa 50 kg y mide 1.56 m	
	<b>Paso 1</b> Se multiplica la estatura por la estatura.	$1.56 \times 1.56 = 2.43$
	<b>Paso 2</b> Se divide el peso sobre el valor obtenido en el paso 1.	$50 \div 2.43 = 20.6$
<b>Paso 3</b>	IMC =	20.6

SI TÚ, TU MADRE O PADRE, TUTOR(A) IDENTIFICAN QUE TU ÍNDICE DE MASA CORPORAL SE ENCUENTRA EN LAS COLUMNAS AMARILLA O ROJA, ACUDE A CONSULTA MÉDICA

VERDE = NORMAL

AMARILLO = RIESGO

ROJO = PELIGRO

EDAD (años)	MUJERES			
	BAJO PESO	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
10 años	≤ 13.5	16.6	≥ 19.0	≥ 22.6
11 años	≤ 13.9	17.2	≥ 19.9	≥ 23.7
12 años	≤ 14.4	18.0	≥ 20.8	≥ 25.0
13 años	≤ 14.9	18.8	≥ 21.8	≥ 26.2
14 años	≤ 15.4	19.6	≥ 22.7	≥ 27.3
15 años	≤ 15.9	20.2	≥ 23.5	≥ 28.2
16 años	≤ 16.2	20.7	≥ 24.1	≥ 28.9
17 años	≤ 16.4	21.0	≥ 24.5	≥ 29.3
18 años	≤ 16.4	21.3	≥ 24.8	≥ 29.5
19 años	≤ 16.5	21.4	≥ 25.0	≥ 29.7
EDAD (años)	HOMBRES			
	BAJO PESO	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
10 años	≤ 13.7	16.4	≥ 18.5	≥ 21.4
11 años	≤ 14.1	16.9	≥ 19.2	≥ 22.5
12 años	≤ 14.5	17.5	≥ 19.9	≥ 23.6
13 años	≤ 14.9	18.2	≥ 20.8	≥ 24.8
14 años	≤ 15.5	19.0	≥ 21.8	≥ 25.9
15 años	≤ 16.0	19.8	≥ 22.7	≥ 27.0
16 años	≤ 16.5	20.5	≥ 23.5	≥ 27.9
17 años	≤ 16.9	21.1	≥ 24.3	≥ 28.6
18 años	≤ 17.3	21.7	≥ 24.9	≥ 29.2
19 años	≤ 17.6	22.2	≥ 25.4	≥ 29.7

# NUTRICIÓN

## ALIMENTACIÓN Y DESPARASITACIÓN

ACCIÓN	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	RECOMENDACIÓN	FRECUENCIA	FECHA	
ORIENTACIÓN ALIMENTARIA	DESNUTRICIÓN, SOBREPESO Y OBESIDAD	PARA TODO ADOLESCENTE	DOS VECES POR AÑO		
DESPARASITACIÓN INTESTINAL	PARASITOSIS INTESTINAL	ADOLESCENTES DE 10 A 14 AÑOS	DOS VECES POR AÑO EN SEMANAS NACIONALES DE SALUD		

## COMPLEMENTOS NUTRICIONALES

ACCIÓN	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	RECOMENDACIÓN	FRECUENCIA	FECHA	
ADMINISTRACIÓN DE HIERRO	ANEMIA	EMBARAZADAS DESDE EL DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO	DURANTE TODO EL EMBARAZO		
		ADOLESCENTES CON ANEMIA	POR TRES MESES		
ADMINISTRACIÓN DE ÁCIDO FÓLICO	DEFECTOS EN LA FORMACIÓN DEL CEREBRO Y LA COLUMNA VERTEBRAL	TRES MESES ANTES DEL EMBARAZO O A PARTIR DE SU DIAGNÓSTICO	DOSIS DE 400 mcg. TRES MESES ANTES Y DURANTE TODO EL EMBARAZO		
	ANEMIA EN LA MADRE	EN TODA MUJER EMBARAZADA			



# ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS		EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
HEPATITIS B (Los que no se han vacunado)	HEPATITIS B	PRIMERA		A PARTIR DE LOS 11 AÑOS	
		SEGUNDA		4 SEMANAS POSTERIORES A LA PRIMERA	
Td	TÉTANOS Y DIFTERIA	CON ESQUEMA COMPLETO	REFUERZO	11 AÑOS DE EDAD	
		CON ESQUEMA INCOMPLETO O NO DOCUMENTADO	PRIMERA	DOSIS INICIAL	
			SEGUNDA	1 MES DESPUÉS DE LA PRIMERA DOSIS	
			TERCERA	12 MESES POSTERIORES A LA PRIMERA DOSIS	
Tdpa	TÉTANOS, DIFTERIA Y TOS FERINA	ÚNICA		A PARTIR DE LA SEMANA 20 DEL EMBARAZO	
INFLUENZA ESTACIONAL	INFLUENZA	ÚNICA		CUALQUIER TRIMESTRE DEL EMBARAZO	

# ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS		EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
<b>SR</b> (Los que no han sido vacunados o tienen esquema incompleto)	SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	SIN ANTECEDENTE VACUNAL	PRIMERA	EN EL PRIMER CONTACTO	
			SEGUNDA	4 SEMANAS DESPUÉS DE LA PRIMERA	
		CON ESQUEMA INCOMPLETO	DOSIS ÚNICA	EN EL PRIMER CONTACTO	
<b>VPH</b>	INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y CÁNCER CERVICO-UTERINO	PRIMERA		MUJERES EN EL 5º GRADO DE PRIMARIA Y DE 11 AÑOS DE EDAD NO ESCOLARIZADAS	
		SEGUNDA		6 MESES DESPUÉS DE LA PRIMERA DOSIS	
		TERCERA		60 MESES DESPUÉS DE LA PRIMERA DOSIS	
<b>OTRAS VACUNAS</b>					

# PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES

## SALUD BUCAL

CADA SEIS MESES O AL MENOS UNA VEZ AL AÑO  
PARA PREVENIR CARIES DENTAL Y ENFERMEDADES DE LA ENCÍA

ACCIÓN	FECHA								
DETECCIÓN DE PLACA BACTERIANA				1 <sup>er</sup>	semestre				
				2 <sup>o</sup>	semestre				
ENSEÑANZA DE LA TÉCNICA DE CEPILLADO DENTAL				1 <sup>er</sup>	semestre				
				2 <sup>o</sup>	semestre				
APLICACIÓN DE FLÚOR (AL MENOS, UNA VEZ AL AÑO)				1 <sup>er</sup>	semestre				
				2 <sup>o</sup>	semestre				
ENSEÑANZA DE USO DEL HILO DENTAL				1 <sup>er</sup>	semestre				
				2 <sup>o</sup>	semestre				
REVISIÓN DE TEJIDOS BUCALES E HIGIENE DE PRÓTESIS				1 <sup>er</sup>	semestre				
				2 <sup>o</sup>	semestre				

## ATENCIÓN BUCAL A EMBARAZADAS

ADEMÁS DE LAS ACCIONES PREVENTIVAS, DURANTE EL EMBARAZO SE DEBERÁN REALIZAR 3 APLICACIONES DE FLÚOR A PARTIR DEL 3er MES. LAS APLICACIONES SERÁN CADA 2 MESES\*

APLICACIÓN DE FLÚOR	1er ESQUEMA			2º ESQUEMA			3er ESQUEMA		
	3er MES	5º MES	7º MES	4º MES	6º MES	8º MES	5º MES	7º MES	9º MES
1 <sup>er</sup> EMBARAZO									
2º EMBARAZO									

\* ELEGIR SOLO UN ESQUEMA SEGÚN EL MES DE EMBARAZO EN EL QUE SE PRESENTE.

# DETECCIÓN DE ENFERMEDADES

PROBLEMAS DE SALUD		RECOMENDACIÓN	FECHA
DEFECTOS VISUALES		A LOS 10, 12 Y 15 AÑOS DE EDAD O AL INGRESO A LA ESCUELA SECUNDARIA O DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR	
TUBERCULOSIS PULMONAR		EN PRESENCIA DE TOS CRÓNICA Y/O FLEMAS REALIZAR BACILOSCOPIA	
OTRAS			

ACCIÓN	FECHA		
TRATAMIENTO TUBERCULOSIS PULMONAR	Inicio de tratamiento		
	Fin de tratamiento		
QUIMIOPROFILAXIS TUBERCULOSIS PULMONAR	Inicio de tratamiento		
	Fin de tratamiento		

# SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

## ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA

ACCIÓN		FECHA			
Sexualidad y anticoncepción					
Prevención del embarazo no deseado					
Prevención del VIH/SIDA e ITS					
Uso correcto y consistente del condón masculino					
Otras					

# SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

## VIGILANCIA PRENATAL Y ATENCIÓN DEL PARTO

EMBARAZO NÚMERO	CONSULTAS PRENATALES									TÉRMINOS DEL EMBARAZO	COMPLICACIONES
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	A= Aborto P= Parto C= Cesárea	S= Sangrado P= Preeclampsia E= Eclampsia I= Infección

EN CASO DE QUE PRESENTE ZUMBIDO DE OÍDOS, DOLOR DE CABEZA PERSISTENTE, DOLOR ABDOMINAL, DISMINUCIÓN O AUSENCIA DE MOVIMIENTOS DEL BEBÉ, SALIDA DE SANGRE O LÍQUIDO POR VAGINA, DOLORES DE PARTO O VEA LUCECITAS, DEBERÁ ACUDIR INMEDIATAMENTE A REVISIÓN AL HOSPITAL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SOLICITA INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE PUEDES UTILIZAR DESPUÉS DEL PARTO

## VIGILANCIA DEL POSTPARTO (PUERPERIO)

EMBARAZO NÚMERO	CONSULTAS			PROTECCIÓN ANTICONCEPTIVA POST-EVENTO OBSTÉTRICO		
	1	2	3	SI	NO	MÉTODO

# PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y LESIONES

## ACCIONES

	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
INFORMACIÓN					
ORIENTACIÓN/ CONSEJERÍA					

# PREVENCIÓN DE ADICCIONES

## ACCIONES

		ACCIONES					
INFORMACIÓN	SESIONES O DINÁMICAS INFORMATIVAS PARA ADOLESCENTES, MADRES, PADRES O TUTORES	TABACO Y ALCOHOL	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
		OTRAS SUSTANCIAS					
ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA	ADOLESCENTES						
	MADRES, PADRES O TUTOR (A)						
OTRAS ACCIONES							



# ACTIVIDAD FÍSICA

ACCIÓN	FECHA				
ESTABLECIMIENTO DEL PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA					

# ATENCIÓN

CITAS			RÚBRICA O CLAVE
FECHA	HORA	SERVICIO	

# MÉDICA

CITAS			RÚBRICA O CLAVE
FECHA	HORA	SERVICIO	

CITAS			RÚBRICA O CLAVE
FECHA	HORA	SERVICIO	

# MÉDICA

CITAS			RÚBRICA O CLAVE
FECHA	HORA	SERVICIO	

# ATENCIÓN MÉDICA

CITAS			RÚBRICA O CLAVE
FECHA	HORA	SERVICIO	

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 del adolescente.

### **RECOMENDACIONES:**

- Consérvela en las mejores condiciones
- Cuídela. Es un documento útil para su hija o hijo adolescente en 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 adolescente 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

Como adolescente tienes derecho a recibir una cartilla como ésta. Te sirve para conocer y acceder a las acciones de promoción y prevención para una mejor salud, de acuerdo a tu edad. Es responsabilidad tuya, de tu madre, padre o tutor(a) que se obtenga esta cartilla.

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

Además, la cartilla servirá para que se lleve registro de tus citas a los diferentes servicios de la institución.

**GRATUITA**

**SEDENA**

SECRETARÍA DE  
LA DEFENSA NACIONAL

**SEMAR**

SECRETARÍA DE MARINA

**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD

