

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



CARTILLA NACIONAL DE SALUD

NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 9 AÑOS
CARTILLA NACIONAL DE VACUNACIÓN

**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:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

No. de Certificado
de Nacimiento _____

FOTOGRAFÍA

IDENTIFICACIÓN:

GPO. SANGUÍNEO Y RH: _____

APELLIDOS Y NOMBRE: _____

AFILIACIÓN / MATRÍCULA / EXPEDIENTE: _____

UNIDAD MÉDICA: _____

CONSULTORIO No. _____

DATOS GENERALES:

SEXO: MUJER HOMBRE

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

PROMOCIÓN

Solicite al personal de salud, le de información sobre estos temas

| | | UTILIDAD Y FRECUENCIA |
|----|---|--|
| 1 | INCORPORACIÓN AL PROGRAMA DE SALUD | <p>Utilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a los padres o tutores para mantener la salud, prevenir las enfermedades y evitar la muerte de niñas y niños de hasta 9 años, con énfasis en los menores de cinco • Favorecer la incorporación de los padres o tutores a grupos de ayuda mutua en caso necesario <p>Frecuencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desde el embarazo hasta el nacimiento y en cada consulta o contacto con los servicios de salud |
| 2 | CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO, DEL NIÑO Y LACTANCIA MATERNA | |
| 3 | CRECIMIENTO Y ALIMENTACIÓN CORRECTA | |
| 4 | DESARROLLO Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA | |
| 5 | SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA (Para enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas) | |
| 6 | HIGIENE PERSONAL | |
| 7 | SALUD BUCAL | |
| 8 | PREVENCIÓN DE ADICCIONES (Tabaquismo, alcoholismo y otras sustancias) | |
| 9 | PREVENCIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR | |
| 10 | PREVENCIÓN DE ACCIDENTES | |
| 11 | ACTIVIDAD FÍSICA | |
| 12 | ENTORNO FAVORABLE A LA SALUD (Vivienda, escuelas y patio limpio) | |
| 13 | DUEÑOS RESPONSABLES CON ANIMALES DE COMPAÑÍA | |
| 14 | INCORPORACIÓN A GRUPOS DE AYUDA MUTUA (Desnutrición, sobrepeso y obesidad) | |
| 15 | CÁNCER | |
| 16 | OTROS | |

DE LA SALUD

| FECHA | TEMA No. |
|-------|----------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| FECHA | TEMA No. |
|-------|----------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

NUTRICIÓN

Peso y estatura de acuerdo con la edad

SI EL PESO Y/O LA ESTATURA DE SU NIÑA SE ENCUENTRA EN LAS COLUMNAS AMARILLA O ROJA, ACUDA A CONSULTA MÉDICA

| EDAD | NIÑAS | | | | | |
|----------------|------------------------|--------|-----------|----------|-------------------------|--------|
| | PESO (Kg) | | | | ESTATURA (cm) | |
| | RIESGO DE DESNUTRICIÓN | NORMAL | SOBREPESO | OBESIDAD | RIESGO DE ESTATURA BAJA | NORMAL |
| Al nacer | < 2.8 | 3.2 | > 3.7 | > 4.2 | < 47.3 | 49.1 |
| 1 mes | < 3.6 | 4.2 | > 4.8 | > 5.5 | < 51.7 | 53.7 |
| 2 meses | < 4.5 | 5.1 | > 5.8 | > 6.6 | < 55.0 | 57.1 |
| 3 meses | < 5.2 | 5.8 | > 6.6 | > 7.5 | < 57.7 | 59.8 |
| 4 meses | < 5.7 | 6.4 | > 7.3 | > 8.2 | < 59.9 | 62.1 |
| 5 meses | < 6.1 | 6.9 | > 7.8 | > 8.8 | < 61.8 | 64.0 |
| 6 meses | < 6.5 | 7.3 | > 8.2 | > 9.3 | < 63.5 | 65.7 |
| 7 meses | < 6.8 | 7.6 | > 8.6 | > 9.8 | < 65.0 | 67.3 |
| 8 meses | < 7.0 | 7.9 | > 9.0 | >10.2 | < 66.4 | 68.7 |
| 9 meses | < 7.3 | 8.2 | > 9.3 | >10.5 | < 67.7 | 70.1 |
| 10 meses | < 7.5 | 8.5 | > 9.6 | >10.9 | < 69.0 | 71.5 |
| 11 meses | < 7.7 | 8.7 | > 9.9 | > 11.2 | < 70.3 | 72.8 |
| 1 año | < 7.9 | 8.9 | >10.1 | > 11.5 | < 71.4 | 74.0 |
| 1 año 6 meses | < 9.1 | 10.2 | > 11.6 | > 13.2 | < 77.8 | 80.7 |
| 2 años | <10.2 | 11.5 | > 13.0 | >14.8 | < 83.2 | 86.4 |
| 2 años 6 meses | <11.2 | 12.7 | >14.4 | >16.5 | < 87.1 | 90.7 |
| 3 años | <12.2 | 13.9 | >15.8 | >18.1 | < 91.2 | 95.1 |
| 3 años 6 meses | <13.1 | 15.0 | >17.2 | >19.8 | < 95.0 | 99.0 |
| 4 años | <14.0 | 16.1 | >18.5 | >21.5 | < 98.4 | 102.7 |
| 4 años 6 meses | <14.9 | 17.2 | >19.9 | >23.2 | < 101.6 | 106.2 |
| 5 años | <15.8 | 18.2 | >21.2 | >24.9 | <104.7 | 109.4 |

NUTRICIÓN

Peso y estatura de acuerdo con la edad

SI EL PESO Y/O LA ESTATURA DE SU NIÑO SE ENCUENTRAN EN LAS COLUMNAS AMARILLA O ROJA, ACUDA A CONSULTA MÉDICA

| | VERDE=NORMAL | AMARILLA=RIESGO | | | ROJA=PELIGRO | |
|----------------|------------------------|-----------------|-----------|---------------|-------------------------|--------|
| EDAD | NIÑOS | | | | | |
| | PESO (Kg) | | | ESTATURA (cm) | | |
| | RIESGO DE DESNUTRICIÓN | NORMAL | SOBREPESO | OBESIDAD | RIESGO DE ESTATURA BAJA | NORMAL |
| Al nacer | < 2.9 | 3.3 | > 3.9 | > 4.4 | < 48.0 | 49.9 |
| 1 mes | < 3.9 | 4.5 | > 5.1 | > 5.8 | < 52.8 | 54.7 |
| 2 meses | < 4.9 | 5.6 | > 6.3 | > 7.1 | < 56.4 | 58.4 |
| 3 meses | < 5.7 | 6.4 | > 7.2 | > 8.0 | < 59.4 | 61.4 |
| 4 meses | < 6.2 | 7.0 | > 7.8 | > 8.7 | < 61.8 | 63.9 |
| 5 meses | < 6.7 | 7.5 | > 8.4 | > 9.3 | < 63.8 | 65.9 |
| 6 meses | < 7.1 | 7.9 | > 8.8 | > 9.8 | < 65.5 | 67.6 |
| 7 meses | < 7.4 | 8.3 | > 9.2 | > 10.3 | < 67.0 | 69.2 |
| 8 meses | < 7.7 | 8.6 | > 9.6 | > 10.7 | < 68.4 | 70.6 |
| 9 meses | < 8.0 | 8.9 | > 9.9 | > 11.0 | < 69.7 | 72.0 |
| 10 meses | < 8.2 | 9.2 | > 10.2 | > 11.4 | < 71.0 | 73.3 |
| 11 meses | < 8.4 | 9.4 | > 10.5 | > 11.7 | < 72.2 | 74.5 |
| 1 año | < 8.6 | 9.6 | > 10.8 | > 12.0 | < 73.4 | 75.7 |
| 1 año 6 meses | < 9.8 | 10.9 | > 12.2 | > 13.7 | < 79.6 | 82.3 |
| 2 años | < 10.8 | 12.2 | > 13.6 | > 15.3 | < 84.8 | 87.8 |
| 2 años 6 meses | < 11.8 | 13.3 | > 15.0 | > 16.9 | < 85.5 | 91.9 |
| 3 años | < 12.7 | 14.3 | > 16.2 | > 18.3 | < 92.4 | 96.1 |
| 3 años 6 meses | < 13.6 | 15.3 | > 17.4 | > 19.7 | < 95.9 | 99.9 |
| 4 años | < 14.4 | 16.3 | > 18.6 | > 21.2 | < 99.1 | 103.3 |
| 4 años 6 meses | < 15.2 | 17.3 | > 19.8 | > 22.7 | < 102.3 | 106.7 |
| 5 años | < 16.0 | 18.3 | > 21.0 | > 24.2 | < 105.3 | 110.0 |

NUTRICIÓN

Pasos para
calcular
el IMC:

ÍNDICE DE MASA CORPORAL (kg /m²)

Ejemplo: Niña de 7 años, pesa 22 kg y mide 1.12 m

Paso 1 Se multiplica la estatura por la estatura.

$$1.12 \times 1.12 = 1.25$$

Paso 2 Se divide el peso sobre el valor obtenido en el paso 1. $22 \div 1.25 = 17.6$

Paso 3 IMC =

17.6

SI EL IMC DE SU NIÑA/NIÑO SE ENCUENTRA EN LAS COLUMNAS AMARILLA O ROJA, ACUDA A CONSULTA MÉDICA

VERDE=NORMAL

AMARILLA=RIESGO

ROJA=PELIGRO

| EDAD | NIÑAS | | | |
|----------------|-----------|--------|-----------|----------|
| | BAJO PESO | NORMAL | SOBREPESO | OBESIDAD |
| 5 años 6 meses | ≤ 12.7 | 15.2 | ≥ 16.9 | ≥ 19.0 |
| 6 años | ≤ 12.7 | 15.3 | ≥ 17.0 | ≥ 19.2 |
| 6 años 6 meses | ≤ 12.7 | 15.3 | ≥ 17.1 | ≥ 19.5 |
| 7 años | ≤ 12.7 | 15.4 | ≥ 17.3 | ≥ 19.8 |
| 7 años 6 meses | ≤ 12.8 | 15.5 | ≥ 17.5 | ≥ 20.1 |
| 8 años | ≤ 12.9 | 15.7 | ≥ 17.7 | ≥ 20.6 |
| 8 años 6 meses | ≤ 13.0 | 15.9 | ≥ 18.0 | ≥ 21.0 |
| 9 años | ≤ 13.1 | 16.1 | ≥ 18.3 | ≥ 21.5 |
| 9 años 6 meses | ≤ 13.3 | 16.3 | ≥ 18.7 | ≥ 22.0 |

| EDAD | NIÑOS | | | |
|----------------|-----------|--------|-----------|----------|
| | BAJO PESO | NORMAL | SOBREPESO | OBESIDAD |
| 5 años 6 meses | ≤ 13.0 | 15.3 | ≥ 16.7 | ≥ 18.4 |
| 6 años | ≤ 13.0 | 15.3 | ≥ 16.8 | ≥ 18.5 |
| 6 años 6 meses | ≤ 13.1 | 15.4 | ≥ 16.9 | ≥ 18.7 |
| 7 años | ≤ 13.1 | 15.5 | ≥ 17.0 | ≥ 19.0 |
| 7 años 6 meses | ≤ 13.2 | 15.6 | ≥ 17.2 | ≥ 19.3 |
| 8 años | ≤ 13.3 | 15.7 | ≥ 17.4 | ≥ 19.7 |
| 8 años 6 meses | ≤ 13.4 | 15.9 | ≥ 17.7 | ≥ 20.1 |
| 9 años | ≤ 13.5 | 16.0 | ≥ 17.9 | ≥ 20.5 |
| 9 años 6 meses | ≤ 13.6 | 16.2 | ≥ 18.2 | ≥ 20.9 |

FUENTE: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2007

NUTRICIÓN

EVALUACIÓN Y VIGILANCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL

| EDAD | FECHA | PESO (Kg) | ESTATURA (cm) | EVALUACIÓN | | | |
|----------------|-------|-----------|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | | RIESGO DE DESNUTRICIÓN | 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 | | | |
|--------|-----------|--------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | | BAJO PESO | 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"/> |

NUTRICIÓN

ALIMENTACIÓN Y DESPARASITACIÓN

| ACCIÓN | ENFERMEDAD QUE PREVIENE | FECHA | | | | | | | | |
|---|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ORIENTACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA | DESNUTRICIÓN, INFECCIONES RESPIRATORIAS, DIARREICAS, ALERGIAS Y OTRAS | 1 MES | 2 MES | 3 MES | 4 MES | 5 MES | 6 MES | | | |
| ORIENTACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA | | 7 MES | 8 MES | 9 MES | 10 MES | 11 MES | 12 MES | 13 MES | 14 MES | 15 MES |
| | | 16 MES | 17 MES | 18 MES | 19 MES | 20 MES | 21 MES | 22 MES | 23 MES | 24 MES |
| ORIENTACIÓN ALIMENTARIA | DESNUTRICIÓN, SOBREPESO Y OBESIDAD | | | | | | | | | |
| DESPARASITACIÓN INTESTINAL (De 2 a 9 años, 2 veces al año, en Semanas Nacionales de Salud) | PARASITOSIS INTESTINAL | | | | | | | | | |

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 |
|---|---|----------|-------------------|---------------------|
| B C G | TUBERCULOSIS | ÚNICA | AL NACER | |
| HEPATITIS B | HEPATITIS B | PRIMERA | AL NACER | |
| | | SEGUNDA | 2 MESES | |
| | | TERCERA | 6 MESES | |
| PENTAVALENTE ACELULAR DPaT + VPI + Hib | DIFTERIA, TOS FERINA, TÉTANOS, POLIOMIELITIS E INFECCIONES POR <i>H. influenzae b</i> | PRIMERA | 2 MESES | |
| | | SEGUNDA | 4 MESES | |
| | | TERCERA | 6 MESES | |
| | | CUARTA | 18 MESES | |
| DPT | DIFTERIA, TOS FERINA Y TÉTANOS | REFUERZO | 4 AÑOS | |
| ROTAVIRUS | DIARREA POR ROTAVIRUS | PRIMERA | 2 MESES | |
| | | SEGUNDA | 4 MESES | |
| | | TERCERA | 6 MESES | |

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

- A partir del nacimiento, el personal de salud orientará al responsable del menor, sobre higiene dental y los cuidados de la boca.
- A partir de los 3 años de edad, realizar acciones preventivas, cada seis meses o al menos una vez al año, para prevenir caries dental y enfermedad de la encía.

| ACCIÓN | FECHA | | | | | | | |
|--|-------|--|--|-----------------|----------------|----------|--|--|
| DETECCIÓN DE PLACA BACTERIANA | | | | 1 ^{er} | semestre | | | |
| | | | | | 2 ^o | semestre | | |
| ENSEÑANZA DE LA TÉCNICA DE CEPILLADO DENTAL (Desde el primer año de edad) | | | | 1 ^{er} | semestre | | | |
| | | | | | 2 ^o | semestre | | |
| APLICACIÓN DE FLÚOR (A partir de los 3 años al menos una vez al año) | | | | 1 ^{er} | semestre | | | |
| | | | | | 2 ^o | semestre | | |
| ENSEÑANZA DE USO DEL HILO DENTAL (A partir de los 8 años de edad) | | | | 1 ^{er} | semestre | | | |
| | | | | | 2 ^o | semestre | | |

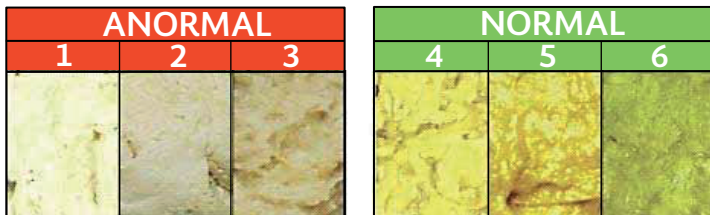
DETECCIÓN DE ENFERMEDADES

| DETECCIONES REALIZADAS POR MÉDICOS Y ENFERMERAS | | EDAD RECOMENDADA | FECHA |
|---|--|---|-------|
| TAMIZ NEONATAL AMPLIADO | HIPOTIROIDISMO | AL NACIMIENTO O ANTES DE LOS CINCO DÍAS DE VIDA | |
| | HIPERPLASIA ADRENAL, FENILCETONURIA, DEFICIENCIA DE BIOTINIDASA Y GALACTOSEMIA CLÁSICA | ENTRE EL 3° Y EL 5° DÍA DE VIDA | |
| EXPLORACIÓN DE INTEGRIDAD VISUAL (Sólo por el médico) | | ANTES DE LOS 28 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 | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

DETECCIÓN DE ENFERMEDADES

ATRESIA DE VÍAS BILIARES

CARTA COLORIMÉTRICA VISUAL



Esta Carta fue diseñada para identificar enfermedades de las vías biliares y evitar daño irreversible en el hígado de tu hijo.

Es importante que compares el color del excremento de tu bebé con los de esta Carta a partir de los **7 y hasta los 30 días de vida**.

Si el color del excremento es semejante a los cuadros 1, 2 y 3 de esta Carta, es **ANORMAL** y de ser así **¡NO ESPERES!** lleva de inmediato a tu bebé a la unidad de salud que te corresponda, en donde le solicitarán los estudios de laboratorio necesarios y valoración por su médico familiar.

En caso de ser necesario su médico familiar enviará a tu bebé con el médico pediatra para complementar su atención.

Si el color del excremento es parecido a los cuadros 4, 5 y 6 es normal.

¡La salud y el bienestar de tu hijo depende de que sea atendido a tiempo!

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y LESIONES

ACCIONES

| | Fecha | Fecha | Fecha | Fecha | Fecha |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| INFORMACIÓN | | | | | |
| | | | | | |
| ORIENTACIÓN | | | | | |
| | | | | | |

PREVENCIÓN DE ADICCIONES

ACCIONES

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

ACTIVIDAD FÍSICA

| ACCIÓN | FECHA | | | | |
|--|-------|--|--|--|--|
| ESTABLECIMIENTO DEL PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| 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 | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| 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 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

Cada uno de sus hijas o hijos menores de 10 años, tiene derecho a recibir una cartilla como ésta. Le sirve para conocer las acciones de promoción y prevención para una mejor salud que deben recibir de acuerdo a su edad.

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

GRATUITA

SEDENA

SECRETARÍA DE
LA DEFENSA NACIONAL

SEMAR

SECRETARÍA DE MARINA

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

