

**IENTES  
UEDEN  
RSE**



**RECHOS DEL NIÑO.**  
al de las Naciones Unidas  
e de 1989

24

el niño al disfrute del más alto nivel  
i. Los estados partes se esforzarán  
de sus derechos al disfrute de esos  
tarios.



**NO LO MEDIQUE  
LLÉVELO  
AL MÉDICO**

**GUÍA DE ALIMENTACIÓN PARA MENORES DE UN AÑO**

MÁS DE 12 MESES	LACTANCIA MATERNA Huevo completo Jamón Otros quesos Chocolate Remolacha Aguacate Pepino Col Coflitor Espinaca Zanahoria Nabo Quimbombó Alimentos fritos Carnes entadas
11-12 MESES	LACTANCIA MATERNA Queso crema Galletina
10-11 MESES	LACTANCIA MATERNA Mantecquilla Judías Garbanzos
9-10 MESES	LACTANCIA MATERNA Otras carnes: Cerdo magra Fritas y vegetales en trozos Helados (sin clara de huevo) Arroz con leche Trigo: pan, galletas Pastas alimenticias: Coflitos, espaguetis, fideos Jugos y puré de frutas cítricas naranja, limón lima, toronja mandarina, piña y fresas
8-9 MESES	LACTANCIA MATERNA Carnes: Res, pollo y otras aves, carneiro cabello, pescado Visceras: Hígado Yema de huevo Cereales con gluten Cereales sin gluten: Arroz, avena y maíz Cereales sin gluten: Avena, trigo Habichuela Chayote
7-8 MESES	LACTANCIA MATERNA Oleaginosas: Manteca vegetal de maíz, soja, girasol Cereales sin gluten: Arroz, avena y maíz Cereales sin gluten: Avena, trigo Habichuela Chayote Leguminosas: Lentijas Frijoles negros colorados Bayos Cichero
6-7 MESES	LACTANCIA MATERNA Jugos de frutas no cítricas y vegetales: Guayaba, Mamón, Fresa, Bomba, Platano, Tamarindo, Melón, Mango, Tomate Puré de frutas y vegetales en (compotas) Conserva Puré de frutas y vegetales Vandas y vegetales Papa Patata Boniato Yuca Calabaza
0-6 MESES	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

**ESQUEMA OFICIAL DE VACUNACIÓN  
INFANTIL CUBA**

VACUNA: PROTEGE CONTRA	FECHA DE INICIO DE LA DOSIS			CANTIDAD DE DOSIS	VOLUMEN (ML) DE DOSIS	VÍA DE ADMN.	REGIÓN ANATOMICA DE APLICACIÓN	LUGAR DE APLICACIÓN	FECHA DE VACUNACIÓN
	1ra.	2da.	3ra.						
B.C.C. Tuberculosis	Alta Materna	-	-	1	0.05	ID	Deltoides Izquierdo	Maternidad	
HB. Hepatitis B	Alta Materna	2M	4M	6M	0.5	IM	1/3 M *CALM	Maternidad	
D.P.T. + HB + Hib. Difteria Tosferia Tétanos Hepatitis B Haemophilus influenzae b (Pentavalente)		2M	4M	6M	0.74	IM	1/3 M CALM	Policlínico y Consultorio	
D.P.T. Difteria Tosferia Tétanos				18M	0.5	IM	1/3 M CALM	Policlínico y Consultorio	
Hib. Haemophilus influenzae b				18M	0.5	IM	1/3 M CALM	Policlínico y Consultorio	
AIM-BC: Meningococo B y C		3M	5M	-	0.5	IM	1/3 M CALM	Policlínico y Consultorio	
P.R.S.: Parotiditis Rubéola Sarampión		12M	-	6A	0.5	SC	Deltoides	Policlínico y Consultorio	
D.T.		-	-	6A	0.5	IM	Deltoides	Escuela	
A.T. (V) Fiebre Tifoidea		10A	-	13 y 16 años	0.5	IM	Deltoides	Escuela	
T.T.		-	-	14 A	0.5	IM	Deltoides	Escuela	
T.T.		-	-	Grupo de niños de 10 años	0.5	IM	Deltoides	Policlínico y Consultorio	
T.T.		-	-	Grupo de niños de 5 años	0.5	IM	Deltoides	Policlínico y Consultorio	
OPV		Campañas Anuales de Vacunación				Oral		Policlínico y Consultorio	

El hijo de madre HbsAG + recibirá 4 dosis de HB: al nacer, al 1er mes, al 2do mes y al año.

El resto de las vacunas la recibirá de acuerdo al esquema.

\*CALM = cara anterior lateral del muslo.



MINSAP



**Carné de Salud Infantil**

AREA DE SALUD		H.C. Nº(C.I.)		FECHA DE NACIMIENTO		DÍA MES AÑO		SEXO M F	
NOMBRE Y APELLIDOS		PADRE		MADRE		DOMICILIO		CALLE	
MPIO.		PROV.		TEL. D		V		DOC. CONSULT. Nº	
ANTECEDENTES PERINATALES		LUGAR DE NACIMIENTO		TIPO DE PARTO		¿CUAL?		EUTÓICO	
HIST. CLÍNICA DEL HOSPITAL		ENFERMEDADES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO		EDAD GESTAC. AL NACER		PESO AL NACER		LONGITUD	
NO		SI		¿CUALES?		MEMOR 37 MAYOR 41		CHRC. CEF. CM	
APAGAR MINUTOS		1º		3º		ENFERMEDADES DEL RECIÉN NACIDO:		SI	
AXFICIA		NO		SI		¿CUALES?		SI	
REANIMACIÓN		NO		SI					
FECHA DIA MES AÑO		EDAD DÍAS (d)		PESO GRAMOS		TALLA CMS		CIRCUNF. CEFÁLICA CMS	
SI		NO		SI		NO		SI	
NO		SI		NO		SI		NO	
DESARROLLO PSICOMOTOR		DESARROLLO CEFÁLICA CMS		DESARROLLO PSICOMOTOR		DESARROLLO PSICOMOTOR		DESARROLLO PSICOMOTOR	
SI		NO		SI		NO		SI	
NO		SI		NO		SI		NO	
LACTANCIA		SUPLE. ADECUADA VITAM.		ARTIFICIAL		MIXTA		EXCLUSIVO	
SI		NO		SI		NO		SI	
NO		SI		NO		SI		NO	
VACUNAS AL DIA		ENFERMEDADES Y PROBLEMAS		CÓDIGOS		LIMITADO		RESPONSABLE	
PROXIMA VISITA									

**TECNOLOGÍA AVANZADA**

PRUEBA	FECHA DIA MES AÑO	RESULTADO	PRUEBA	FECHA DIA MES AÑO	RESULTADO
TSH			EST. FISIOL. NEUR.		
19 E			FENICETO. NURIA		

ESTE BLOQUE SERÁ LLENADO POR EL HOSPITAL DONDE SE PRODUJE EL NACIMIENTO, EXCEPTO: ÁREA DE SALUD, HISTORIA CLÍNICA Nº (CI), RESULTADOS DE LA TECNOLOGÍA AVANZADA Y ESTUDIO FISIONEUROLÓGICO.

