

CUIDA A TUS HIJOS CON MUCHO AMOR

CONVENCIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO.
Adoptada por la asamblea General de las Naciones Unidas
el 20 de noviembre de 1989



Lactancia materna:
Alimentación y amor



Disfrutar del sol
con responsabilidad



Medicamentos....
solo los indicados
por el médico

Salud Bucal:
Parte importante
de la Salud General



GUÍA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA HASTA EL AÑO DE EDAD

Art.24.3. e- Asegurar que los padres conozcan principios básicos de la nutrición de los niños y las ventajas de la lactancia materna

MESES	ALIMENTACIÓN
0-6 MESES	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA No jugos No agua
6 MESES	LACTANCIA MATERNA Jugos de frutas no cítricas y vegetales: Guayaba, Mamey, Fruta Bomba, Plátano, Tamarindo, Melón, Mango Purés de frutas y vegetales en Conserva (compotas) Y puré de viandas y vegetales Papa, Plátano, Malanga, Boniato, Yuca, Zanahoria, Calabaza, Verduras: Acelga, Habichuela, Chayote Carnes: Pollo y otras aves
7 MESES	LACTANCIA MATERNA Cereales fortificados sin gluten: Arroz, avena y maiz Carnes: Res, Certero, Conejo Yema de Huevo Cochinada Leguminosas: Frijoles negros Colorados Bayos Chicharos Oleaginosas: Aceites vegetales de mani, soya, girasol
8 MESES	LACTANCIA MATERNA Carnes: Pescado, Hígado (una vez por semana) Cereales con gluten Trigo: pan, galletas Pastas alimenticias: Cuditos, espaguetis, fideos Avena Jugos y purés de frutas cítricas Piña, Tomate, naranja, limón, lima, Toronja, mandarina
9 MESES	LACTANCIA MATERNA Otras carnes: Cerdo magra Frutas y vegetales en trocitos Helados (sin clara de huevo) Arroz con leche Natilla, flan, pudín sin clara de huevo Harina de maíz con dulce (con bajo contenido de azúcar)
10 MESES	LACTANCIA MATERNA Mantequilla Judías Garbanzos
11 MESES	LACTANCIA MATERNA Queso crema Gelatina
12 MESES	LACTANCIA MATERNA Huevo Completo Otros quesos Chocolate Remolacha Aguacate Pepino Col Coliflor Quimbombó Espinaca Alimentos fritos

ESQUEMA OFICIAL DE VACUNACIÓN INFANTIL CUBA

Art.24.3.f- Desarrollar la atención sanitaria preventiva

VACUNA: PROTEGE CONTRA	FECHA DE INICIO DE LA DOSIS				CANTIDAD DE DOSIS	VOLUMEN DE DOSIS (ML)	VÍA DE ADMIN.	REGIÓN ANATÓMICA DE APLICACIÓN	LUGAR DE APLICACIÓN	FECHA DE VACUNACIÓN		
	1ra.	2da.	3ra.	React.						D	M	A
B.C.G. Tuberculosis	Alta Maternidad	-	-	-	1	0,05	ID	DELTOIDES IZQUIERDO	MATERNIDAD			
HB Hepatitis B	Alta Maternidad	-	-	-	1	0,5	IM	1/3M CALM	MATERNIDAD			
D.P.T. + HB+Hib Difteria Tosferina Tétanos Hepatitis B Haemophilus Influenzae b (Pentavalente)	2 M	4 M	6 M		3	0,5	IM	1/3M CALM	POLICLÍNICO			
D.P.T. Difteria Tosferina Tétanos	-	-	-	18 M	1	0,5	IM	1/3M CALM	POLICLÍNICO			
H.I.B. Haemophilus Influenzae b	-	-	-	18 M	1	0,5	IM	1/3M CALM	POLICLÍNICO			
AM-BC: Meningococo B y C	3 M	5 M	-	-	2	0,5	IM	1/3M CALM	POLICLÍNICO			
P.R.S. Parotiditis Rubeola Sarampión	12 M	-	-	6 A	2	0,5	SC	DELTOIDES	POLICLÍNICO Y ESCUELA			
D.T.	-	-	-	6 A	1	0,5	IM	DELTOIDES	ESCUELA			
A.T. (VI) Fiebre Tifoidea	10 A	-	-	13y16 AÑOS	3	0,5	IM	DELTOIDES	ESCUELA			
T.T.	-	-	-	14 A	1	0,5	IM	DELTOIDES	ESCUELA			
O.P.V	Campaña Anual de Vacunación						Oral		POLICLÍNICO Y CONSULTORIO			

Nota:

- La vacunación con O.P.V en menores de 3 años y 9 años será por Campaña Anual.
- El Hijo de madre positiva al AgS de Hepatitis B tiene otro esquema de vacunación: Recibirá 4 dosis de HB: al nacer, al 1er mes, al 2do mes y al año. El resto de las vacunas las recibirá de acuerdo al esquema.



CARNÉ DE SALUD INFANTIL

Art.24.3.d- Asegurar atención sanitaria prenatal y posnatal apropiada a las madres

ÁREA DE SALUD				
FECHA DE NACIMIENTO		D ____ M ____ A ____	HORA ____	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
NOMBRE Y APELLIDOS _____				
NOMBRE DE LA MADRE: _____				
NOMBRE DEL PADRE: _____				
DIRECCIÓN: _____				
LUGAR DE NACIMIENTO: _____				
ANTEC. PERINATALES: ENFERMEDADES DEL EMBARAZO, PARTO, Y PUERPERIO: ¿CUÁLES? _____				
TIPO DE PARTO: EUTÓCICO <input type="checkbox"/> DISTÓCICO <input type="checkbox"/> ¿CUÁL? _____				
EDAD GEST. SEM. <input type="text"/>	PESO (Grms) <input type="text"/>	LONG. C.CEF. (Cmtrs) <input type="text"/>	Apgar 1 <input type="text"/> 10 <input type="text"/>	
RPM: NO <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Tiempo _____				
Caract. Del L. Amniótico _____				
Enfermedades del RN NO <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____				
Conducta: _____				
FECHA D ____ M ____ A ____		PESO (Grms) _____	LONG. (Cmtrs) _____	CC (Cmtrs) _____
LACTANCIA: PECHO EXCLUSIVO NO <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>				
MIXTA NO <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> ARTIFICIAL NO <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>				
SUPLEMENTO VITAMÍNICO: NO <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>				
Obs. _____				
Diagnóstico: _____				
AL ALTA LLEVE A SU BEBÉ A LA CONSULTA DE PUERICULTURA				

