

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO  
IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Al momento de nacer Fecha: \_\_\_\_\_

PRIMER CONTROL MÉDICO

Durante el primer mes de vida Fecha: \_\_\_\_\_

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia AIEPI.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

Valor reportado TSH: \_\_\_\_\_

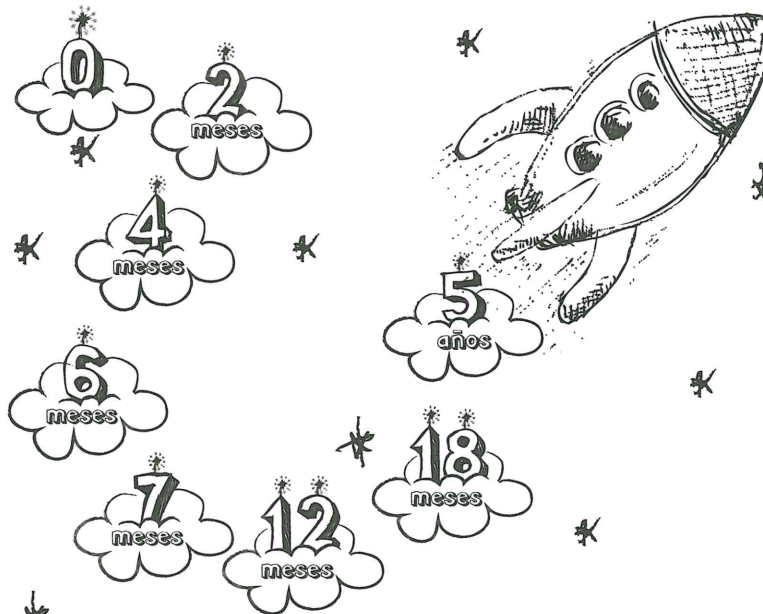
Fecha verificación: \_\_\_\_\_

Profesional que verificó: \_\_\_\_\_

**Exíjalo**

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como: Poliomielititis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

### Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años



- \* Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- \* En Colombia todos los días son días de vacunación.
- \* Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.

República de Colombia  
Ministerio de Salud y Protección Social  
Dirección de Promoción y Prevención  
Subdirección de Enfermedades Transmisibles  
Programa Ampliado de Inmunizaciones  
www.minsalud.gov.co  
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25



**MinSalud**  
Ministerio de Salud y Protección Social

## Vacunas al día, se la ponemos fácil

### CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nº de certificado de nacido vivo: \_\_\_\_\_

Registro civil: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_

Peso al nacer: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Responsable: \_\_\_\_\_

Municipio de residencia: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_

**Recuerda:**  
Estas vacunas son gratuitas



**PROSPERIDAD PARA TODOS**

Nombre: .....

Registro Civil: .....

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación			Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita			Nombre del Vacunador
			Día	Mes	Año				Día	Mes	Año	
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>										
	Tuberculosis B.C.G.	Única										
	Hepatitis B	Recién nacido										
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>										
	Polio (Oral - IM)	1ª										
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª										
	Rotavirus	1ª										
4 Meses	Neumococo	1ª										
	Lactancia materna exclusiva	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>										
	Polio (Oral - IM)	2ª										
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª										
6 Meses	Rotavirus	2ª										
	Neumococo	2ª										
	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.											
7 Meses	Polio (Oral - IM)	3ª										
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª										
12 Meses	Influenza	1ª										
	Influenza	2ª										
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª										
	Fiebre Amarilla	1ª										
	Neumococo	Refuerzo										
18 Meses	Influenza	Anual										
	Hepatitis A	ÚNICA										
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1º Refuerzo										
	Polio (Oral - IM)	1º Refuerzo										
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo										
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo										
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo										
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª										
	VPH	2ª										
	VPH	3ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

Estas vacunas son gratuitas

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.