

No. SEG SOCIAL: **AGREGADO MEDICO**

IDENTIFICACION: **U.M. No.**

NOMBRE: _____

UNIDAD MEDICA: **AFILIACION AGENCIA**

CONSULTORIO No. _____

DATOS GENERALES:

CURP: _____ EDAD: _____

DOMICILIO: _____ CALLE Y NÚMERO _____

COLONIA / LOCALIDAD _____ DELEGACIÓN/ MUNICIPIO _____

ENTIDAD FEDERATIVA _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____

CIUDAD / POBLACIÓN _____ DELEGACIÓN/ MUNICIPIO _____

DISTRITO FEDERAL _____

ENTIDAD FEDERATIVA _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____

Univante: portalmsdigital Tipo de trámite: Cartilla nacional de salud
09:26:32 | Folio: 168476919252887852571 | Nombre o Razón

ena original:

ESQUEMA DE VACUNACIÓN				
VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS		FECHA DE VACUNACIÓN
HEPATITIS B (Los que no se han vacunado)	HEPATITIS B	PRIMERA		A PARTIR DE LOS 11 AÑOS 25 AGO 2025
		SEGUNDA		4 SEMANAS POSTERIORES A LA PRIMERA 25-sep-2025
Td	TÉTANOS Y DIFTERIA	CON ESQUEMA COMPLETO	REFUERZO	11 AÑOS DE 25 AGO 2025
		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 OCT-NOV

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	
ENSEÑANZA DE LA TÉCNICA DE CEPILLADO DENTAL	
APLICACIÓN DE FLÚOR (AL MENOS UNA VEZ AL AÑO)	
ENSEÑANZA DE USO DEL HILO DENTAL	
REVISIÓN DE TEJIDOS BUCALES E HIGIENE DE PRÓTESIS	

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
	3er MES 5º MES 7º MES
1er EMBARAZO	2º ESQUEMA
	4º MES 6º MES 8º MES
2º EMBARAZO	3er ESQUEMA
	5º MES 7º MES 9º MES

* ELEGIR SOLO UN ESQUEMA SEGÚN EL MES DE EMBARAZO EN EL QUE SE PRESENTA

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS		FECHA DE VACUNACIÓN
SR (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
VPH	INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y CÁNCER CERVICO-UTERINO	DOSIS ÚNICA		EN EL PRIMER CONTACTO 27 OCT 2025
		PRIMERA		MUJERES EN EL 5º GRADO DE PRIMARIA Y DE 11 AÑOS DE EDAD NO ESCOLARIZADAS
		SEGUNDA		6 MESES DESPUÉS DE LA PRIMERA DOSIS
OTRAS VACUNAS	INFLUENZA	TERCERA		60 MESES DESPUÉS DE LA PRIMERA DOSIS