

DATOS GENERALES			
PRIMER APELLIDO _____			
SEGUNDO APELLIDO _____			
NOMBRES (S) _____			
CURP _____			
DOMICILIO		calle y número	colonia o localidad
		municipio o delegación	entidad federativa
FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO	
día _____	mes _____	localidad _____	
año _____		municipio o delegación _____	
		entidad federativa _____	
FECHA DE REGISTRO		LUGAR DE REGISTRO	
día _____	mes _____	localidad _____	
año _____		municipio o delegación _____	
		entidad federativa _____	
FECHA DE ENTREGA		día _____	año _____
		mes _____	

TAMIZ

RECIENTE NACIDO

FECHA DE APLICACIÓN

VERIFICACIÓN

N° DE FOLIO

FECHA DE TOMA

RESULTADO

PESO NORMAL DE ACUERDO CON LA EDAD (kg)						
Niñas			Edad	Niños		
Mínimo	Ideal	Máximo		Mínimo	Ideal	Máximo
2.800	3.200	3.700	Al nacer	2.900	3.300	3.900
3.600	4.200	4.800	1 mes	3.900	4.500	5.100
4.500	5.100	5.800	2 meses	4.900	5.600	6.300
5.200	5.800	6.600	3 meses	5.700	6.400	7.200
5.700	6.400	7.300	4 meses	6.200	7.000	7.800
6.100	6.900	7.800	5 meses	6.700	7.500	8.400
6.500	7.300	8.200	6 meses	7.100	7.900	8.800
6.800	7.600	8.600	7 meses	7.400	8.300	9.200
7.000	7.900	9.000	8 meses	7.700	8.600	9.600
7.300	8.200	9.300	9 meses	8.000	8.900	9.900
7.500	8.500	9.600	10 meses	8.200	9.200	10.200
7.700	8.700	9.900	11 meses	8.400	9.400	10.500
7.900	8.900	10.100	1 año	8.600	9.600	10.800
9.100	10.200	11.600	1 año 6 meses	9.800	10.900	12.200
10.200	11.500	13.000	2 años	10.800	12.200	13.600
11.200	12.700	14.400	2 años 6 meses	11.800	13.300	15.000
12.200	13.900	15.800	3 años	12.700	14.300	16.200
13.100	15.000	17.200	3 años 6 meses	13.600	15.300	17.400
14.000	16.100	18.500	4 años	14.400	16.300	18.600
14.900	17.200	19.900	4 años 6 meses	15.200	17.300	19.800
15.800	18.200	21.200	5 años	16.000	18.300	21.000

Fuente: OMS/2006

ÍNDICE DE MASA CORPORAL (PESO/TALLA ²)						
Mujeres			Edad (años)	Hombres		
Mínimo	Ideal	Máximo		Mínimo	Ideal	Máximo
14.0	15.4	16.4	6	13.7	15.2	16.3
14.0	15.5	16.6	7	13.8	15.4	16.6
14.1	15.8	17.1	8	13.9	15.8	17.3
14.3	16.2	17.6	9	14.2	16.3	17.8
14.5	16.6	18.2	10	14.5	16.9	18.7
15.0	17.2	18.9	11	14.9	17.5	19.5
15.5	17.8	19.7	12	15.4	18.1	20.2
16.0	18.5	20.4	13	15.9	18.7	20.6
16.5	19.2	21.2	14	16.4	19.3	21.7
17.1	19.9	22.0	15	16.9	19.9	22.3
17.7	20.6	22.7	16	17.4	20.4	22.9
18.3	21.2	23.4	17	17.8	20.9	23.4
18.9	21.9	24.1	18	18.2	21.3	23.8
19.4	22.5	24.8	19	18.4	21.5	24.2

Fuente: CDC/2000

Si está por arriba del peso máximo o por debajo del peso mínimo, consulte a su médico



Cartilla Nacional de Vacunación

NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Desde el nacimiento hasta los 19 años de edad

GRATIS



Sistema Nacional de Salud

CARTILLA NACIONAL DE VACUNACIÓN				CURP	
NOMBRE COMPLETO				MUJER	HOMBRE
VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD	FECHA DE VACUNACIÓN	
BCG	TUBERCULOSIS	ÚNICA	Al nacer		
ANTIHEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMERA	Al nacer		
		SEGUNDA	2 meses		
		TERCERA	6 meses		
PENTAVALENTE ACELULAR (DPaT+VIP+Hib)	DIFTERIA, TOS FERINA, TÉTANOS, POLIOMELITIS E INFECCIONES POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO b	PRIMERA	2 meses		
		SEGUNDA	4 meses		
		TERCERA	6 meses		
		CUARTA	18 meses		
DPT	DIFTERIA, TOS FERINA Y TÉTANOS	REFUERZO	4 años		
ROTAVIRUS	GASTROENTERITIS CAUSADA POR ROTAVIRUS	PRIMERA	2 meses		
		SEGUNDA	4 meses		
NEUMOCÓCCICA CONJUGADA 7 Valente	INFECCIONES POR NEUMOCOCO	PRIMERA	2 meses		
		SEGUNDA	4 meses		
		TERCERA	1 año		
ANTIINFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA	De los 6 meses a los 35 meses (en octubre y noviembre)		
		SEGUNDA	Al mes de la primera		
		REVACUNACIÓN ANUAL	Anual hasta los 35 meses (en octubre y noviembre)		
TRIPLE VIRAL SRP	SARAMPiÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS	PRIMERA	1 año		
		SEGUNDA	6 años		
SABIN	POLIOMELITIS	ADICIONALES			
Td	TÉTANOS Y DIFTERIA	REFUERZO	A partir de los 12		
SR	SARAMPiÓN Y RUBÉOLA	ADICIONALES			
ANTIHEPATITIS B (Para los no vacunados previamente)	HEPATITIS B	PRIMERA	A partir de los 12 años		
		SEGUNDA	A los 4 meses de la primera		
OTRAS VACUNAS					