



GOBIERNO DE  
**MÉXICO**

**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD

**SEDENA**

SECRETARÍA DE LA  
DEFENSA NACIONAL

**MARINA**

SECRETARÍA DE MARINA

**SNDIF**

SECRETARÍA NACIONAL PARA  
EL DESARROLLO INTEGRAL  
DE LA CIUDAD



**ISSSTE**

INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SALUD SOCIAL PARA  
TRABAJADORES DEL ESTADO

**PEMEX**

POR EL REGATE DE LA SOBERANÍA

**IMSS**

INSTITUTO MEXICANO DE  
SEGURIDAD SOCIAL



SERVICIOS DE SALUD

IMSS-BIENESTAR

Como adolescente tienes derecho a recibir una Cartilla Nacional de Salud como ésta. Sirve para conocer las principales acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, de acuerdo con tu edad.

Esta Cartilla se otorga y usa en todas las unidades de salud: Secretaría de Salud, IMSS, Programa IMSS Bienestar, Servicios de Salud IMSS-BIENESTAR, ISSSTE, DIF, PEMEX, SEDENA, SEMAR, así como del sector privado.

Además, la Cartilla servirá para el registro de tus próximas citas a los diferentes servicios de atención a la salud.



# CARTILLA NACIONAL DE SALUD

**ESTE DOCUMENTO ES GRATIS  
Y SU ENTREGA NO ESTÁ SUJETA  
A CAMBIO DE NADA**

**ADOLESCENTES  
DE 10 A 19 AÑOS**

## CADA VEZ QUE ACUDES A LA UNIDAD DE SALUD VERIFICA QUE EL PERSONAL DE SALUD:

- Revise tu Cartilla Nacional de Salud.
- Registre tu peso y estatura.
- Aplique las vacunas que te correspondan.
- Informe sobre las acciones necesarias para prevenir enfermedades, accidentes y lesiones.
- Realice las detecciones de acuerdo con tu edad.
- Oriente y capacite sobre los cuidados para conservar o recuperar tu salud.

**Tu participación es lo más importante para mantener tu salud**

**Esta Cartilla Nacional de Salud es el documento para que lleves el control de los servicios de promoción de la salud y las medidas de prevención de enfermedades para tener un mejor cuidado de tu salud.**

### **RECOMENDACIONES:**

- Cuídala mucho y guárdala bien.
- Si necesitas cita en tu unidad de salud prográmala en:  
\_\_\_\_\_
- Acude puntualmente a las citas en el día y la hora programadas.
- Si presentas algún signo o síntoma de alarma, no te esperes y acude al servicio de urgencias más cercano a donde te encuentres.
- Sigue todas las indicaciones del personal de salud.











## ACTIVIDAD FÍSICA

ACCIÓN	FECHA					
ESTABLECIMIENTO DEL PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA						

## Y REPRODUCTIVA

### VIGILANCIA PRENATAL Y ATENCIÓN DEL PARTO

EMBARAZO NÚMERO	CONSULTAS PRENATALES									TÉRMINOS DEL EMBARAZO	COMPLICACIONES
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	A= Aborto P= Parto C= Cesárea	S = Sangrado P = Preeclampsia E = Eclampsia I = Infección

EN CASO DE QUE PRESENTES ZUMBIDO DE OÍDOS, DOLOR DE CABEZA PERSISTENTE, DOLOR ABDOMINAL, DISMINUCIÓN O AUSENCIA DE MOVIMIENTOS DEL BEBÉ, SALIDA DE SANGRE O LÍQUIDO POR VAGINA, DOLORES DE PARTO O VEAS LUCECITAS, DEBERÁS ACUDIR INMEDIATAMENTE A REVISIÓN AL HOSPITAL \_\_\_\_\_

### SOLICITA INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE PUEDES UTILIZAR DESPUÉS DEL PARTO

### VIGILANCIA DEL POSTPARTO (PUERPERIO)

EMBARAZO NÚMERO	CONSULTAS			PROTECCIÓN ANTICONCEPTIVA POST-EVENTO OBSTÉTRICO		
	1	2	3	SI	NO	MÉTODO

## SALUD SEXUAL

ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA					
ACCIÓN		FECHA			
SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCIÓN					
PREVENCIÓN DEL EMBARAZO NO PLANEADO					
PREVENCIÓN DE ITS Y VIH					
USO CORRECTO Y CONSISTENTE DEL CONDÓN MASCULINO					
OTRAS					

## PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y LESIONES

ACCIONES					
	FECHA				
	INFORMACIÓN				
ORIENTACIÓN/ CONSEJERÍA					

## ESQUEMA DE

Vacuna	Enfermedades que previene	Dosis		Edad de vacunación oportuna y grupo de intervención	Fecha de aplicación	Lote de la vacuna
Hepatitis B Quienes no tengan antecedente vacunal	Hepatitis B	Primera		A partir de los 11 años		
		Segunda		4 semanas posteriores a la primera		
Td	Tétanos y Difteria	Con esquema completo	Refuerzo	15 años de edad		
		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 Tosferina	Única		A partir de la semana 20 del embarazo		
Influenza	Neumonía por virus de la influenza A y B	Dosis Anual (Temporada invernal)		Cualquier trimestre del embarazo		
				Personas con factores de riesgo		

- \* De conformidad con los Lineamientos Generales de Vacunación vigentes.
- \*\* Esquema sujeto a los lineamientos vigentes según tipo de vacuna contra la COVID-19.
- \*\*\* A fin de disminuir las oportunidades perdidas de vacunación, el intervalo mínimo podrá ser de 4 meses.
- ♦ Puede aplicarse en cualquier trimestre del embarazo.

## DETECCIÓN DE ENFERMEDADES

PROBLEMAS DE SALUD	RECOMENDACIÓN	FECHA	RESULTADO
DEFECTOS VISUALES	A LOS 10, 12 Y 15 AÑOS DE EDAD O AL INGRESO A LA ESCUELA SECUNDARIA O DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR		
TUBERCULOSIS PULMONAR	EN PRESENCIA DE TOS POR MAS DE 15 DÍAS Y/O FLEMAS REALIZAR BACILOSCOPIA		
OTRAS			

ACCIÓN	FECHA	
TRATAMIENTO TUBERCULOSIS PULMONAR	Inicio de tratamiento	
	Fin de tratamiento	
QUIMIOPROFILAXIS TUBERCULOSIS PULMONAR	Inicio de tratamiento	
	Fin de tratamiento	

# SALUD MENTAL Y ADICCIONES

## ACCIONES

INFORMACIÓN		FECHA					
SESIONES O DINÁMICAS INFORMATIVAS PARA ADOLESCENTES, MADRES, PADRES O TUTORES	TABACO Y ALCOHOL						
	OTRAS SUSTANCIAS						
ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA							
ADOLESCENTES							
MADRES, PADRES O TUTOR (A)							
OTRAS ACCIONES							

FUMAR MATA, EL ABUSO DE ALCOHOL DAÑA TU SALUD

Orientación telefónica gratuita para atención en **Salud Mental y Adicciones**, en la **Línea de Vida (800 911 2000)** 24 horas, 7 días de la semana.

# VACUNACIÓN\*

Vacuna	Enfermedades que previene	Dosis		Edad de vacunación oportuna y grupo de intervención	Fecha de aplicación	Lote de la vacuna
<b>SR</b> Quienes no tengan antecedente vacunal o esquema incompleto	Sarampión y Rubéola	Sin antecedente vacunal	Primera	En el primer contacto		
			Segunda	4 semanas después de la primera dosis		
		Con esquema incompleto	Dosis única	En el primer contacto		
<b>VPH</b>	Infección por el Virus del Papiloma Humano	Dosis única		Niñas de 10 a 14 años*		
<b>COVID-19 **</b>	Formas graves de la COVID-19	Esquema primario	Primera	En el primer contacto		
			Segunda			
			Tercera			
		Personas con factores de riesgo	Refuerzo ***	12 meses después de la última dosis o en el embarazo preferentemente a partir del segundo trimestre ♦		
<b>Otras vacunas</b>						

# PREVENCIÓN DE

# ENFERMEDADES

## ALIMENTACIÓN Y DESPARASITACIÓN

ACCIÓN	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	RECOMENDACIÓN	FRECUENCIA	FECHA DE INICIO	
ORIENTACIÓN ALIMENTARIA	DESNUTRICIÓN, SOBREPESO Y OBESIDAD	PARA TODO ADOLESCENTE	DOS VECES POR AÑO		
DESPARASITACIÓN INTESTINAL	PARASITOSIS INTESTINAL	ADOLESCENTES DE 10 A 14 AÑOS	DOS VECES POR AÑO		

## COMPLEMENTOS NUTRICIONALES

ACCIÓN	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	RECOMENDACIÓN	FRECUENCIA	FECHA	
ADMINISTRACIÓN DE HIERRO	ANEMIA	EMBARAZADAS DESDE EL DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO	DURANTE TODO EL EMBARAZO		
		ADOLESCENTES CON ANEMIA	POR TRES MESES		
ADMINISTRACIÓN DE ÁCIDO FÓLICO	DEFECTOS EN LA FORMACIÓN DEL CEREBRO Y COLUMNA VERTEBRAL DEL BEBÉ	TRES MESES ANTES DEL EMBARAZO O A PARTIR DE SU DIAGNÓSTICO	TRES MESES O DURANTE TODO EL EMBARAZO		
	ANEMIA EN LA MADRE	EN TODA EMBARAZADA			

## SALUD BUCAL

ACUDE A TU UNIDAD DE SALUD 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					1 <sup>er</sup>	semestre			
					2 <sup>o</sup>	semestre			
ENSEÑANZA DE LA TÉCNICA DE CEPILLADO DENTAL					1 <sup>er</sup>	semestre			
					2 <sup>o</sup>	semestre			
APLICACIÓN DE FLÚOR (AL MENOS UNA VEZ AL AÑO)					1 <sup>er</sup>	semestre			
					2 <sup>o</sup>	semestre			
ENSEÑANZA DE USO DEL HILO DENTAL					1 <sup>er</sup>	semestre			
					2 <sup>o</sup>	semestre			
REVISIÓN DE TEJIDOS BUCALES E HIGIENE DE PRÓTESIS					1 <sup>er</sup>	semestre			
					2 <sup>o</sup>	semestre			

## ATENCIÓN BUCAL A EMBARAZADAS

ADEMÁS DE LAS ACCIONES PREVENTIVAS, A PARTIR DEL 3<sup>er</sup> MES DEL EMBARAZO SE DEBERÁN REALIZAR TRES APLICACIONES DE FLÚOR. LAS APLICACIONES SERÁN CADA 2 MESES\*.

APLICACIÓN DE FLÚOR	1 <sup>er</sup> ESQUEMA			2 <sup>o</sup> ESQUEMA			3 <sup>er</sup> ESQUEMA		
	3 <sup>er</sup> MES	5 <sup>o</sup> MES	7 <sup>o</sup> MES	4 <sup>o</sup> MES	6 <sup>o</sup> MES	8 <sup>o</sup> MES	5 <sup>o</sup> MES	7 <sup>o</sup> MES	9 <sup>o</sup> MES
1 <sup>er</sup> EMBARAZO									
2 <sup>o</sup> EMBARAZO									

\* Elegir sólo un esquema según el mes de embarazo en el que se presente