

¡MANTENGA SALUDABLE A SU HIJO!

Use esta tarjeta para anotar y planear las inmunizaciones necesarias para el bienestar de su hijo. Siguiendo el esquema de vacunación recomendado protegerá a su hijo de enfermedades peligrosas. Lleve esta cartilla siempre que acuda a consulta médica.

¿DEMASIADO ENFERMO PARA VACUNARSE?

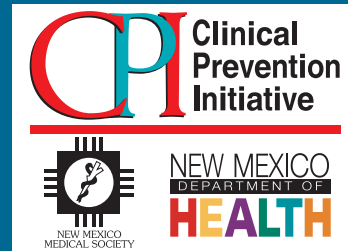
Aún si piensa que su hijo está demasiado enfermo para vacunarse, no debe de faltar a ninguna cita. Si realmente está enfermo, de cualquiera manera debe ver al médico.

VERDADERAS RAZONES PARA NO VACUNARSE

- Enfermedad aguda moderada o severa
- Diagnóstico de inmunodeficiencia
- Reacción severa a vacunas anteriores

DEBERAN VACUNARSE AÚN CUANDO EXISTA...

- Una enfermedad leve, aún con fiebre
- Resfrío, infección del oído o diarrea
- Reacciones leves a vacunas anteriores
- Haya nacido prematuro
- Una mujer embarazada
- Historia familiar de ataques convulsivos
- Alergias



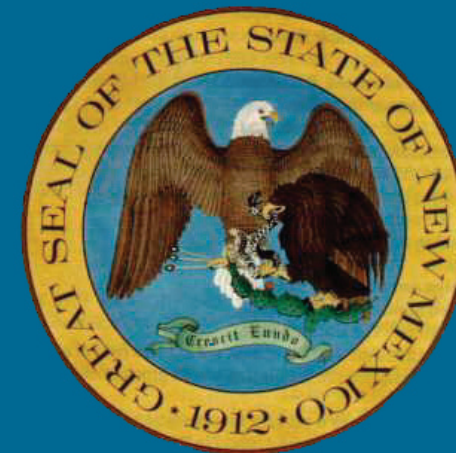
Si tiene alguna pregunta, llame a la línea de teléfono rojo sin costo, "NM Immunization Hotline" al:
1-888-231-2367
o visite nuestro sitio del internet:
<http://www.health.state.nm.us/immunize/>

Si encuentra esta cartilla, favor de regresarla a:

Immunization Program
NM Department of Health
1190 St. Francis Dr.
Santa Fe, New Mexico
87502 – 6110
USA

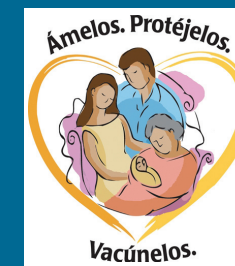
© Copyright 2007, New Mexico Department of Health

Estado de Nuevo México PASAPORTE DE SALUD



Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____



ESTADO DE NUEVO MEXICO CARTILLA DE VACUNACION

NOMBRE DEL NIÑO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO MES DIA AÑO

EDAD DE APLICACION – EN MESES (Marque el cuadro que indica la edad en meses)

VACUNA	DOSIS	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	18	24	36	48	60	FECHA	CLINICA	PRÓXIMA DOSIS
DIFTERIA, TETANOS Y TOSFERINA	1°																					
	2°																					
	3°																					
	4°																					
	5°																					
		<i>Se recomiendan intervalos de 6 meses entre 3° y 4°</i>																				
HEPATITIS A	1°																					
	2°																					
HEPATITIS B	1°																					
	2°																					
	3°																					
HAEMOPHILUS INFLUENZAE B	1°																					
	2°																					
	3°																					
	4°																					
		<i>No necesaria si es Convax o Pedvax-HIB</i>																				
INFLUENZA	1°																					
	2°																					
	3°																					
	4°																					
	5°																					
	6°																					
		<i>2 dosis de vacuna en el primer año con intervalos de un mes</i>																				

¿Está su niño al corriente?

Para revisar, coloque una regla en el cuadro que indica la edad de su niño. ¿Hay alguna X en los cuadros de color a la izquierda de la regla? Si no, pida a su doctor o enfermera que revise su tarjeta y le aplique las vacunas necesarias.

Mantenga esta cartilla en un lugar seguro y llévela SIEMPRE a toda cita médica.

EDAD DE APLICACION – EN MESES (Marque el cuadro que indica la edad en meses)

VACUNA	DOSIS	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	48	FECHA	CLINICA	PRÓXIMA DOSIS
SARAMPION, PAPERAS Y RUBEOLA	1°																	
	2°																	
CUNJUGADO DE NEUMOCOCOS (PCV-7)	1°																	
	2°																	
	3°																	
	4°																	
POLIO	1°																	
	2°																	
	3°																	
	4°																	
ROTAVIRUS	1°																	
	2°																	
	3°																	
VARICELA	1°																	
	2°																	
SERIE DE ADOLESCENTES 11-12 años																		
VIRUS PAPILOMA HUMANO	1°																	
	2°																	
	3°																	
		<i>(Para niñas únicamente) Se recomiendan intervalos 2 meses entre 1° y 2°</i>																
		<i>Se recomiendan intervalos 4 meses entre 2° y 3°</i>																
MCV4*	1°																	
Tdap†	1°																	

*VACUNA MENINGOCÓCCIA CONJUGADA

†TETANOS, DIFTERIA Y TOSFERINA