



GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA

SECRETARÍA DE LA
DEFENSA NACIONAL

MARINA

SECRETARÍA DE MARINA

SNDIF

SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA



ISSSTE

INSTITUTO DE SEGUROS
Y TRANSFERENCIAS DEL ESTADO



PEMEX

POR EL RESGATE DE LA SOBERANÍA



IMSS



GOBIERNO DE
MÉXICO



Como adolescente tienes derecho a recibir una Cartilla Nacional de Salud como esta. 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, Instituto de Salud para el Bienestar, IMSS, ISSSTE, DIF, PEMEX, SEDENA, SEMAR, así como del sector privado.

Además, la Cartilla servirá para que se registren sus próximas citas a los diferentes servicios de atención a su 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 DE EDAD**

CADA VEZ QUE ACUDES A LA UNIDAD DE SALUD, PIDE AL PERSONAL DE SALUD QUE:

- Revise tu Cartilla Nacional de Salud
- Te pese y mida
- Te aplique las vacunas que corresponda
- Te informe sobre las acciones necesarias para prevenir enfermedades, accidentes y lesiones
- Te realicen las pruebas de detección de acuerdo a tu edad
- Te 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 una cita en tu unidad de salud llama al teléfono:

- Acude puntualmente a las citas en el día y la hora programada
- 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

ATENCIÓN MÉDICA

| CITAS | | | RÚBRICA O CLAVE |
|-------|------|----------|--------------------|
| FECHA | HORA | SERVICIO | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

CURP:

FOTOGRAFÍA

IDENTIFICACIÓN: TIPO DE SANGRE: _____

APELLIDOS Y NOMBRE: _____

AFILIACIÓN / MATRÍCULA / EXPEDIENTE: _____

UNIDAD MÉDICA: _____

CONSULTORIO No. _____

DATOS GENERALES: SEXO:

DOMICILIO: _____

CALLE Y NÚMERO

COLONIA / LOCALIDAD

MUNICIPIO O ALCALDÍA

C.P.

ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

LOCALIDAD / MUNICIPIO O ALCALDÍA

ENTIDAD FEDERATIVA / PAÍS

DÍA MES AÑO

PROMOCIÓN

MÉDICA

Adolescentes y jóvenes, soliciten al personal de salud información sobre estos temas

| No. | TEMA | UTILIDAD Y FRECUENCIA |
|-----|---|---|
| 1 | INCORPORACIÓN AL PROGRAMA DE SALUD | <p>Utilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitarse para mantener la salud y la de la comunidad • Prevenir enfermedades, adicciones, accidentes y violencia • Favorecer la incorporación a grupos de ayuda mutua en caso necesario <p>Frecuencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • En cada consulta o contacto con los servicios de salud |
| 2 | HIGIENE PERSONAL | |
| 3 | ALIMENTACIÓN CORRECTA (Bajo peso, sobrepeso y obesidad) | |
| 4 | ACTIVIDAD FÍSICA | |
| 5 | SALUD BUCAL | |
| 6 | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | |
| 7 | SALUD MENTAL (Desarrollo emocional y proyecto de vida) | |
| 8 | PREVENCIÓN DE ADICCIONES (Tabaco, alcohol y otras sustancias) | |
| 9 | PREVENCIÓN DE VIOLENCIA (Física, psicológica, sexual y abandono) | |
| 10 | PREVENCIÓN DE ACCIDENTES | |
| 11 | ENTORNOS FAVORABLES A LA SALUD (Vivienda, escuela y patio limpio) | |
| 12 | RESPONSABLES DE ANIMALES DE COMPAÑÍA | |
| 13 | INCORPORACIÓN A GRUPOS DE AYUDA MUTUA (Sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, y grupos de adolescentes promotores de la salud) | |
| 14 | CÁNCER | |
| 15 | OTROS (Tuberculosis) | |

| CITAS | | | RÚBRICA O CLAVE |
|-------|------|----------|-----------------|
| FECHA | HORA | SERVICIO | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ATENCIÓN

DE LA SALUD

| CITAS | | | RÚBRICA O CLAVE |
|-------|------|----------|--------------------|
| FECHA | HORA | SERVICIO | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| FECHA | TEMA No. | FECHA | TEMA No. |
|-------|----------|-------|----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

NUTRICIÓN

EVALUACIÓN Y VIGILANCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL

SE RECOMIENDA MEDICIÓN DE PESO Y ESTATURA POR LO MENOS UNA VEZ AL AÑO

| FECHA | PESO (kg) | ESTATURA (m) | ÍNDICE DE MASA CORPORAL (kg/m ²) | EVALUACIÓN | | | |
|-------|-----------|--------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | | PESO BAJO | NORMAL | SOBREPESO | OBESIDAD |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¡Eres lo que comes! Con el etiquetado frontal puedes tomar decisiones informadas para comer saludable y cuidarte.



El etiquetado frontal te ayuda a identificar cuando un producto tiene una alta cantidad de nutrimentos o ingredientes que al consumirse demasiado representan un riesgo para tu salud.

Para cuidar tu salud, identifica los 5 sellos en forma de octógonos y elige opciones saludables.

MÉDICA

| CITAS | | | RÚBRICA O CLAVE |
|-------|------|----------|-----------------|
| FECHA | HORA | SERVICIO | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ATENCIÓN

| CITAS | | | RÚBRICA O CLAVE |
|-------|------|----------|--------------------|
| FECHA | HORA | SERVICIO | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

NUTRICIÓN

ÍNDICE DE MASA CORPORAL *(kg /m²)

| | | |
|-----------------------------------|--|------|
| Pasos para calcular el IMC: | Ejemplo: Adolescente masculino de 14 años, pesa 50 kg y mide 1.56 m | |
| | Paso 1 Se multiplica la estatura por la estatura. $1.56 \times 1.56 = 2.43$ | |
| | Paso 2 Se divide el peso sobre el valor obtenido en el paso 1. $50 \div 2.43 = 20.6$ | |
| Paso 3 | IMC = | 20.6 |

SI TÚ, TU MADRE O PADRE, TUTOR(A) IDENTIFICAN QUE TU ÍNDICE DE MASA CORPORAL SE ENCUENTRA EN LAS COLUMNAS AMARILLA O ROJA, ACUDE A CONSULTA MÉDICA

VERDE = NORMAL

AMARILLO = RIESGO

ROJO = PELIGRO

| EDAD (años) | MUJERES | | | |
|----------------|-----------|--------|-----------|----------|
| | BAJO PESO | NORMAL | SOBREPESO | OBESIDAD |
| 10 años | ≤ 13.5 | 16.6 | ≥ 19.0 | ≥ 22.6 |
| 11 años | ≤ 13.9 | 17.2 | ≥ 19.9 | ≥ 23.7 |
| 12 años | ≤ 14.4 | 18.0 | ≥ 20.8 | ≥ 25.0 |
| 13 años | ≤ 14.9 | 18.8 | ≥ 21.8 | ≥ 26.2 |
| 14 años | ≤ 15.4 | 19.6 | ≥ 22.7 | ≥ 27.3 |
| 15 años | ≤ 15.9 | 20.2 | ≥ 23.5 | ≥ 28.2 |
| 16 años | ≤ 16.2 | 20.7 | ≥ 24.1 | ≥ 28.9 |
| 17 años | ≤ 16.4 | 21.0 | ≥ 24.5 | ≥ 29.3 |
| 18 años | ≤ 16.4 | 21.3 | ≥ 24.8 | ≥ 29.5 |
| 19 años | ≤ 16.5 | 21.4 | ≥ 25.0 | ≥ 29.7 |
| EDAD (años) | HOMBRES | | | |
| | BAJO PESO | NORMAL | SOBREPESO | OBESIDAD |
| 10 años | ≤ 13.7 | 16.4 | ≥ 18.5 | ≥ 21.4 |
| 11 años | ≤ 14.1 | 16.9 | ≥ 19.2 | ≥ 22.5 |
| 12 años | ≤ 14.5 | 17.5 | ≥ 19.9 | ≥ 23.6 |
| 13 años | ≤ 14.9 | 18.2 | ≥ 20.8 | ≥ 24.8 |
| 14 años | ≤ 15.5 | 19.0 | ≥ 21.8 | ≥ 25.9 |
| 15 años | ≤ 16.0 | 19.8 | ≥ 22.7 | ≥ 27.0 |
| 16 años | ≤ 16.5 | 20.5 | ≥ 23.5 | ≥ 27.9 |
| 17 años | ≤ 16.9 | 21.1 | ≥ 24.3 | ≥ 28.6 |
| 18 años | ≤ 17.3 | 21.7 | ≥ 24.9 | ≥ 29.2 |
| 19 años | ≤ 17.6 | 22.2 | ≥ 25.4 | ≥ 29.7 |

NUTRICIÓN

ALIMENTACIÓN Y DESPARASITACIÓN

| ACCIÓN | ENFERMEDAD QUE PREVIENE | RECOMENDACIÓN | FRECUENCIA | FECHA | |
|----------------------------|------------------------------------|------------------------------|--|-------|--|
| 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 EN SEMANAS NACIONALES DE SALUD | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

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 LA COLUMNA VERTEBRAL | TRES MESES ANTES DEL EMBARAZO O A PARTIR DE SU DIAGNÓSTICO | DOSIS DE 400 mcg. TRES MESES ANTES Y DURANTE TODO EL EMBARAZO | | |
| | | | | | |
| | ANEMIA EN LA MADRE | EN TODA MUJER EMBARAZADA | | | |

ACTIVIDAD FÍSICA

| ACCIÓN | FECHA | | | | |
|--|-------|--|--|--|--|
| ESTABLECIMIENTO DEL PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

PREVENCIÓN DE ADICCIONES

ACCIONES

| | | Fecha | Fecha | Fecha | Fecha | Fecha |
|------------------------|---|------------------|-------|-------|-------|-------|
| INFORMACIÓN | 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 | | | | | |

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

| Vacuna | Enfermedad que previene | Dosis | | Edad y frecuencia | Fecha de vacunación | Lote de la vacuna |
|---|--------------------------------|---|---|---------------------------------------|---------------------|-------------------|
| Hepatitis B (Los que no se han vacunado) | Hepatitis B | Primera | | A partir de los 11 años | | |
| | | Segunda | | 4 semanas posteriores a la primera | | |
| Td | Tétanos y Difteria | Con esquema completo | Refuerzo | 11 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 Tos ferina | Única | | A partir de la semana 20 del embarazo | | |
| Influenza estacional | Influenza | Única | | Cualquier trimestre del embarazo | | |

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

| Vacuna | Enfermedad que previene | Dosis | | Edad y frecuencia | Fecha de vacunación | Lote de la vacuna |
|---|---|-------------------------|-------------|--|---------------------|-------------------|
| | | Sin antecedente vacunal | Primera | | | |
| 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 | | |
| | | Con esquema incompleto | Dosis única | En el primer contacto | | |
| VPH | Infección por el Virus del Papiloma Humano y Cáncer Cervico-Uterino | Primera | | Mujeres en el 5º grado de primaria y de 11 años de edad no escolarizadas | | |
| | | Segunda | | 6 meses después de la primera dosis | | |
| | | Tercera | | 60 meses después de la primera dosis | | |
| Otras vacunas | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y LESIONES

| ACCIONES | | | | | |
|----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Fecha | Fecha | Fecha | Fecha | Fecha |
| INFORMACIÓN | | | | | |
| | | | | | |
| ORIENTACIÓN/ CONSEJERÍA | | | | | |
| | | | | | |

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

VIGILANCIA PRENATAL Y ATENCIÓN DEL PARTO

| EMBARAZO NÚMERO | CONSULTAS PRENATALES | | | | | | | | | TÉRMINOS DEL EMBARAZO | COMPLICACIONES |
|--------------------|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|--|----------------|
| | | | | | | | | | | A = Aborto P = Parto C = Cesárea | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 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 | | |
|--------------------|-----------|---|---|---|----|--------|
| | | | | SI | NO | MÉTODO |
| | 1 | 2 | 3 | SI | NO | MÉTODO |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 | | | | | | | | |
|--|-----------------|----------|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| DETECCIÓN DE PLACA BACTERIANA | 1 ^{er} | semestre | | | | | | | |
| | 2 ^o | semestre | | | | | | | |
| ENSEÑANZA DE LA TÉCNICA DE CEPILLADO DENTAL | 1 ^{er} | semestre | | | | | | | |
| | 2 ^o | semestre | | | | | | | |
| APLICACIÓN DE FLÚOR (AL MENOS UNA VEZ AL AÑO) | 1 ^{er} | semestre | | | | | | | |
| | 2 ^o | semestre | | | | | | | |
| ENSEÑANZA DE USO DEL HILO DENTAL | 1 ^{er} | semestre | | | | | | | |
| | 2 ^o | semestre | | | | | | | |
| REVISIÓN DE TEJIDOS BUCALES E HIGIENE DE PRÓTESIS | 1 ^{er} | semestre | | | | | | | |
| | 2 ^o | semestre | | | | | | | |

ATENCIÓN BUCAL A EMBARAZADAS

ADEMÁS DE LAS ACCIONES PREVENTIVAS, DURANTE EL EMBARAZO SE DEBERÁN REALIZAR 3 APLICACIONES DE FLÚOR A PARTIR DEL 3^{er} MES. LAS APLICACIONES SERÁN CADA 2 MESES*

| APLICACIÓN DE FLÚOR | 1 ^{er} ESQUEMA | | | 2 ^o ESQUEMA | | | 3 ^{er} ESQUEMA | | |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|
| | 3 ^{er} MES | 5 ^o MES | 7 ^o MES | 4 ^o MES | 6 ^o MES | 8 ^o MES | 5 ^o MES | 7 ^o MES | 9 ^o MES |
| 1 ^{er} EMBARAZO | | | | | | | | | |
| 2 ^o EMBARAZO | | | | | | | | | |

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

DETECCIÓN DE ENFERMEDADES

| PROBLEMAS DE SALUD | | RECOMENDACIÓN | FECHA | |
|-----------------------|--|---|-------|--|
| 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 CRÓNICA Y/O FLEMAS REALIZAR BACIOSCOPIA | | |
| | | | | |
| | | | | |
| OTRAS | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

| ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA | | | | |
|---|-------|--|--|--|
| ACCIÓN | FECHA | | | |
| Sexualidad y anticoncepción | | | | |
| Prevención del embarazo no deseado | | | | |
| Prevención del VIH/SIDA e ITS | | | | |
| Uso correcto y consistente del condón masculino | | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |