

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO
IDENTIFICACION E INSCRIPCION TEMPRANA

Al momento de nacer Fecha:

PRIMER CONTROL MEDICO

Durante el primer mes de vida Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA

| Edad | Fecha de cita programada | Fecha en que asistió | Profesional que atendió |
|---------------|--------------------------|----------------------|-------------------------|
| 1 a 3 meses | | | |
| 4 a 6 meses | | | |
| 7 a 9 meses | | | |
| 10 a 12 meses | | | |
| 13 a 16 meses | | | |
| 17 a 20 meses | | | |
| 21 a 24 meses | | | |
| 25 a 30 meses | | | |
| 31 a 36 meses | | | |
| 37 a 48 meses | | | |
| 49 a 60 meses | | | |
| 61 a 66 meses | | | |
| 67 a 72 meses | | | |
| 73 a 78 meses | | | |
| 79 a 84 meses | | | |
| 8 años (1) | | | |
| 8 años (2) | | | |
| 9 años | | | |

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia AIEPI.

| Edad | Fecha | Edad | Fecha |
|----------|-------|----------|-------|
| 6 meses | | 42 meses | |
| 12 meses | | 48 meses | |
| 18 meses | | 54 meses | |
| 24 meses | | 60 meses | |
| 36 meses | | 66 meses | |

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

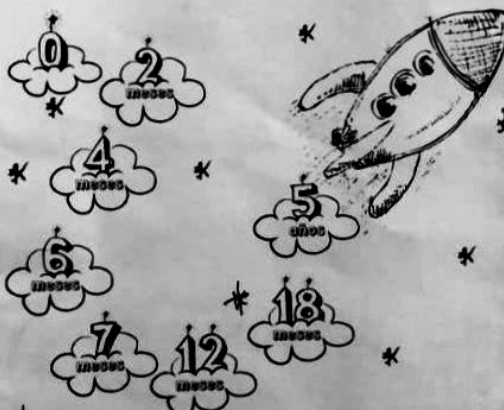
Valor reportado TSH:

Fecha verificación:

Profesional que verificó:

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:
Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

Edad de aplicación de las vacunas
a los niños y niñas menores de 6 años



- * Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- * En Colombia todos los días son días de vacunación.
- * Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones
www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25



de cero
a Siempre



MinSalud

Ministerio de Salud
y Protección Social

Vacunas al día,
se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Martha Cecilia Gutierrez

Fecha de nacimiento:

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: CC: 30318706

Sexo:

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer:

Dirección:

Teléfono:

Responsable:

Municipio de residencia:

Departamento:

Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD
PARA TODOS

| Edad | Me protege de | Dosis | Fecha de Aplicación | | | Laboratorio | Número de lote | IPS vacunadora | Fecha próxima cita | | | Nombre del Vacunador |
|---------------------------------------|---|---|---------------------|-----|-----|-------------|----------------|----------------|--------------------|-----|-----|----------------------|
| | | | Día | Mes | Año | | | | Día | Mes | Año | |
| Recién Nacido | Lactancia materna exclusiva | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| | Tuberculosis B.C.G. | Única | | | | | | | | | | |
| | Hepatitis B | Recién nacido | | | | | | | | | | |
| 2 Meses | Lactancia materna exclusiva | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 1* | | | | | | | | | | |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1* | | | | | | | | | | |
| | Rotavirus | 1* | | | | | | | | | | |
| | Neumococo | 1* | | | | | | | | | | |
| 4 Meses | Lactancia materna exclusiva | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 2* | | | | | | | | | | |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2* | | | | | | | | | | |
| | Rotavirus | 2* | | | | | | | | | | |
| | Neumococo | 2* | | | | | | | | | | |
| 6 Meses | Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva. | | | | | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 3* | | | | | | | | | | |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 3* | | | | | | | | | | |
| | Influenza | 1* | | | | | | | | | | |
| 7 Meses | Influenza | 2* | | | | | | | | | | |
| 12 Meses | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | 1* | | | | | | | | | | |
| | Fiebre Amarilla | 1* | | | | | | | | | | |
| | Neumococo | Refuerzo | | | | | | | | | | |
| | Influenza | Anual | | | | | | | | | | |
| | Hepatitis A | UNICA | | | | | | | | | | |
| 18 Meses | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1° Refuerzo | | | | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 1° Refuerzo | | | | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 2° Refuerzo | | | | | | | | | | |
| 5 Años | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2° Refuerzo | | | | | | | | | | |
| | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | Refuerzo | | | | | | | | | | |
| Niñas | | 1* | | | | | | | | | | |
| 9 Años o más | | 2* | | | | | | | | | | |
| | | 3* | | | | | | | | | | |
| Vacunas complementarias y otras dosis | | Ref. | | | | | | | | | | |
| | | 1 - 26-08-2010 | | | | | | | | | | |
| | | 2 - 15 ENE 2019 | | | | | | | | | | |
| | | 3 - 18 " " 2019 | | | | | | | | | | |
| | | 4 - 08 AGO. 2023 | | | | | | | | | | |

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

5-8-08-2024

Jonathan García
Diana Cabrera
Diana Guzmán
Jonathan García
Diana Guzmán