SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

PROGRAMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL Y SEMANAS NACIONALES DE SALUD LINEAMIENTOS GENERALES 2019 ANEXOS

















CONSEJO NACIONAL DE VACUNACIÓN PROGRAMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL CARTA DESCRIPTIVA PARA ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN

Nombre del evento:	anotar el nombre d	el evento.			Dirigido a: anotar el	tipo de personal de s	alud que se convoca	, supervisores, vac	unadores, etc.					
Tipo de evento: indi	car si es curso-talle	er, conferencia, reuni	ón, etc.		Duración: indicar en	meses, días la durac	ión del evento.							
Responsables del ev adscripción.	vento: anotar el no	mbre del responsable	e de la organización	de evento y el área de	Nombre de la Unidad Jurisdicción Sanitari		número y nombre de	la Unidad de Salud	y de la					
					Sede: indicar la direc	cción del lugar donde	se llevará a cabo.							
Objetivo General: de a las preguntas qué,			adquirir habilidades	s, etc. Respondiendo	Cupo: señalar el número de participantes por día.									
	•				Fecha de inicio del e	vento: anotar el día, i	nes y año.							
Fecha y horario Tema Objetivo general Componente Objetivos específicos Contenido temático Técnica didáctica Auxiliar didáctico Evaluación Pone														
	Indicar el tema que se expondrá.	Describir el alcance o la respuesta que esperamos de los asistentes al terminar la sesión, respondiendo a las preguntas qué, cómo, cuándo y dónde.	Anotar los aparatos del tema que se darán a conocer.	Detallar el nivel de dominio del Tema y responder a las preguntas qué, cómo, cuándo y dónde.	Delimitar el contenido del tema.	Señalar los procedimientos y los métodos de enseñanza el ponente.	Indicar los recursos materiales para la sesión.	Describir la metodología empleada para conocer si los mensajes fueron efectivos.	Anotar el nombre del ponente, su cargo e institución o lugar de trabajo.					
	para la aplicación	Ejemplo: Al término del evento el participante será capaz de capacitar al personal del nivel local sobre técnicas para la aplicación de cada una de las vacunas del Programa de Vacunación Universal.	Vacuna contra Hepatitis B. Vacuna Pentavalente	Ejemplo: Dar a conocer a los participantes las bases técnico científicas para la aplicación de las vacunas del Programa de Vacunación Universal, mediante una demostración de procedimientos.	1.Preparación de	Ejemplo: 1. Diálogo. 2. Exposición. 3. Discusión. 4. Revisión de documentos impresos. 5. Demostración de procedimientos, etc.	Ejemplo: -Diapositivas Proyector Lap-topMaterial impresoAnotar el material y equipo para la vacunación: termo, frascos de vacuna, material de curación etc Láminas de papel Rotafolio.	Ejemplo: Preguntas directas de los asistentes o devolución de procedimientos o preguntas del tema incluidas en un cuestionario al inicio y final de la sesión.						



SECRETARÍA DE SALUD SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

	CEDULA DE SEGUIMIENTO A LA		70
Entidad Federativa:		Zona:	
Trimestre reportado		. , , , , , ,	Fecha:
RESPONSABLES DEL PROGRAM	IA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL		
CARGO	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
del PVU			
•			
capacitación del PVU			
capacitación del PVU Responsable de Unidad de Salud			

Colocar el Nombre de cada uno de los Responsables del PVU, teléfono y correo electrónico de acuerdo a lo solicitado.

Forma de llenado:

- 1.- Escriba la información solicitada en las celdas azules. Los reactivos 1 a 4 son numéricos y del 5 al 32 seleccione 1= SI; 2= NO o N/A
- 2.- El formato está protegido, por lo que si desean realizar algún ajuste deberán solicitarlo al correo capacitacionpvu@salud.gob.mx
- 3. El responsable estatal y/o jurisdiccional del PVU deberá anexar evidencias documentales en formato electrónico pdf con firma

ESCALA DE EVALUACIÓN

95-100	MUY SATISFACTORIO	
81-94	SATISFACTORIO	
61-80	REGULAR	
0-60	MALO	



SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA SEGUIMIENTO A LA CAPACITACIÓN DEL PROGRAMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL

ENTIDAD FEDERATIVA: 0 TRIMESTRE REPORTADO 0 RESPONSABLE DE CAPACITACIÓN 0 FECHA 0

RESP	ONSABLE DE CAPACITACIÓN	0			FECHA	0	
	REACTIVO			SI	NÚMERO		VALOR
1	Indique cuántos cursos de temas de vacunación se el trimestre reportado	e han llevado aca	bo en el estado durante				
2	Anote el número de unidades de salud en su esta para llevar a cabo la capacitación y desglose la inf						
3	Nivel estatal						
4	Nivel jurisdiccional						
	Total de unidades a capacitar				0		
	Porcentaje de unidades capacitadas				#¡DIV/0!		
Señal	e si cuenta con la siguiente información:						
5	Cuenta con Carta Descriptiva de los Cursos impar	tidos.					1
6	Cuenta con Listas de Asistencia de los Cursos imp	partidos.					1
7	Cuenta con Evaluaciones Iniciales y Finales.						1
8	Lineamientos Generales del Programa de Vacuna Salud	ción Universal y S	Semanas Nacionales de				1
9	Esquemas de Vacunación Universal						1
10	Indicaciones y contraindicaciones de los diferentes	biológicos					1
11	Procedimientos para la vacunación segura						1
12	Técnicas de aplicación de los biológicos						1
13	Manejo adecuado de la Red de Frío						1
14	Almacenamiento y conservación de los biológicos					Con base al Manual de Vacunación vigente Lineamientos Generales vigente	1
15	Instalación del puesto de vacunación						1
	•						1
16	Preparación del termo	ronton hinlágiana					
17	Demostración física de la presentación de los difer						1
18	Manejo de frascos abiertos (para uso intramuros y						1
19	Mantenimiento preventivo de la Red de Frío (Unida	ades refrigerantes	5)				1
20	Accidentes de red de frío						1
21	Manejo de residuos peligrosos biológico infeccioso	os					1
22	Registro y control de entradas y salidas del biológic	со					1
23	Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunacio	ón o Inmunizaciór	n (ESAVI)				1
24	Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Preve	nibles por Vacun	ación				1
25	Encuesta rápida de cobertura, monitoreo rápido de	e cobertura					1
26	Calidad del dato						1
27	Control y seguimiento del manejo de inventarios de la Secretaría de Salud)	e vacunas y otros	insumos (wVSSM para				1
28	Indique con X las instituciones del Sector Salu	o en los cursos:				1	
	IMSS OBLIGATORIO IMSS PROSPERA ISSSTE			SECRETAR	RIA DE SALUD		1
29	Cuenta con calendario y bitácora de cursos en el e	estado					1
30	Cuenta con responsables estatal y jurisdiccionales de capacitación						1
31	¿Actualiza sus cursos de acuerdo a lo proporcionado por el CENSIA durante las reunionacionales?						1
32	¿Recibe capacitación durante las visitas de los sur	pervisores del Ce	NSIA?				1
	TOTAL CAPACITACIÓN			0			29

CONSEJO NACIONAL DE VACUNACIÓN PROGRAMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL ANAMNESIS PREVIA A LA VACUNACIÓN

¿El niño(a) o el usuario a vacunar está enfermo hoy?	En enfermedades con o sin fiebre moderadas o graves, posponer la vacunación y referir a revisión médica.
¿Tiene alergia a medicamentos, alimentos, vacunas o al látex?	Averiguar a qué es alérgico y qué síntomas presenta, las vacunas sólo se contraindican en caso de alergia grave (anafilaxia). Referir a especialista, inmunólogo o alergólogo.
¿Tiene alguna enfermedad actual?	Averiguar qué enfermedad presenta, recuerde las contraindicaciones para vacunas atenuadas, si hay duda refiera a revisión médica.
¿Qué vacunas ha recibido previamente?	Averigue su estado vacunal, solicite Cartilla Nacional de Vacunación. Complete esquemas si es necesario.
¿Ha presentado una reacción importante con alguna vacuna? ¿Se ha desmayado con la aplicación previa de cualquier vacuna o de medicamento inyectable?	Averiguar qué síntomas presentó, las vacunas sólo se contraindican en caso de alergia grave (anafilaxia). Referir a especialista, inmunólogo o alergólogo.
¿Tiene alguna enfermedad crónica (diabetes mellitus, de la coagulación de la sangre, cardiopatía, neumopatía, nefropatía, lupus, asplenia -falta de bazo-)?	En enfermedades con o sin fiebre moderadas o graves, posponer la vacunación. Referir a revisión médica.
¿Tiene cáncer (leucemia, linfoma, etc.)?	La atención de la inmunización en pacientes con cáncer se apoya con el médico especialista, las vacunas atenuadas se contraindican en ciertas etapas del manejo.
¿Tiene VIH/SIDA, algún problema en su sistema inmune (o defensas)?	La atención de la inmunización en pacientes con VIH o en inmunocomprometidos se apoya con el médico especialista, las vacunas atenuadas se contraindican en ciertas etapas del manejo.
¿Tiene antecedente de hermanos fallecidos por inmunodeficiencia o que hayan padecido infecciones diarreicas o respiratorias de forma frecuente?	Antes de aplicar vacuna BCG, averiguar primero si padece el paciente alguna inmunodeficiencia primaria, por lo que se debe referir al especialista.
¿Toma algún medicamento actualmente o ha recibido algún tratamiento en los últimos tres meses o en el último año (transfusiones, inmunoglobulinas, esteroides [prednisona, metilprednisolona], quimioterapia o radioterapia, antivirales, antituberculosos, etc.)?	Recuerde los intervalos para la administración de vacunas atenuadas (contra varicela, sarampión, rubéola y parotiditis) con transfusiones de sangre total, etc. Refiera a revisión médica.
¿Ha presentado invaginación intestinal (en el caso de menores de 7 meses), crisis convulsivas, enfermedad cerebral o el síndrome de Guillain-Barré?	Para vacunas específicas está contraindicada la aplicación o se deben tener precauciones si hay antecedente de alguno de estos padecimientos.
¿Convive con personas inmunosuprimidas (con cáncer, con VIH, trasplantados, etc.) o con embarazadas? ¿Convive con alguna persona que tenga tuberculosis o presente tos productiva crónica?	Para convivientes de personas inmunosuprimidas la vacuna oral contra la poliomielitis no se debe aplicar. Si hay familiar conviviente con tuberculosis, es necesario descartar la enfermedad en el candidato a vacunar.
En el caso de mujeres en edad fértil, ¿está usted embarazada o existe la posibilidad de que quede embarazada en las próximas 4 semanas (para administración de SR)?	No administrar la vacuna doble viral o triple viral en embarazadas; en mujeres en edad fértil informarles que no deberán embarazarse en las próximas cuatro semanas de la aplicación de cualquiera de estas vacunas.

ANEXO 1-A

CONSEJO NACIONAL DE VACUNACIÓN

FORMATO DEL CENSO NOMINAL PARA REGISTRO DE ESQUEMAS DE VACUNACIÓN DE 0 A 8 AÑOS



INSTRUCTÓN STARO JURISDICCIÓN J							DELEGACIÓN]				MUNICIPI LOCALIDA AGE		8-=									SECTOR MANZANA UNIDAD DE SA								
NOMBRE (S)		FECHA DE NACIMIENTO	70 MM GE	оше		DON	ICILIO		G Antihepat			Pentavalente Acelu	lar DPT				lexavalente Ac		UEMA DE VA	CUNACIÓN											9
É PATERNO MATERNO	NOMBRE	48 M 84 M	EVITIDAD REDBRATIVA C NAC PARENTO FOLD DE CONTRO CADO DE NACI DEBRATO	B UNICACÓN GEOSANICA DE RESCENCIA	CLAVE	DESCRIPCION	CALLE	No. COLONIA	 \rightarrow	z	E + 5	DPaT/VIP+Hib				+	PaT-VIP-HB	Hib E «	E 1 E		ti Rotavirus	E 2	Antiinflu		Ref.	Anual c g «		SRP g g	SR HOW	SABIN REFUER FECHA	
(1)			8 -	ENTIDAD FEDERATINA																					9 - 9	3 - 9 -	9				
(3)																															
(9)				AGER ENTIDAD EDERATIVA	Ш				+					20128 20128	20118				113	113	111	111									
(3)																															
100														30/18 20/18	20 28				111												
an and an				MUNICPIO																											
										Ш				20 21 20 20 2	2015				111										╩		
10				ENTIDAD HOSPATIVA MUNICIPIO																									T		
(3)				LOCALIDAD																											
(1)				EMPOND FEORATIVA MUNICIPIO										20128 20128	20128				111	111	111										
(2)				SOCALIDAD	ш																										
(9)				AGER ENTIDAD FEDERATIVA					+					30 31 30 31	30 58				111	113	111						Н		+		
(2)				LOCALIDAD																											
100				ASSE	Ш									20/25 20/25	20 28				111	111							Ш		4		
(2)					ш																										
				AGER										201.00	20120																
159																													11		
(3)				SOCALIDAD AGES	Ш																								1 F		
(19				ENTIDAD ROSEATIVA	ш									20138 20138	30 38				113	113	115	111					Ш		Ħ		
(3)				IOCALIDAD	ШП																								1		
10				ENTIDAD FEDERATIVA					+++	+				30 28 20 28	20 28				111	111	111					+	H		+		
(3)				LOCALIDAD																									1 }		
NOTA: (II)- REGISTRAR DATOS DEL MENOR.	(a) GENERO: F. Fermenino M: Masculino	(b) TIPO	DE PARTO:	AGER	Ш									201 10	20120			1 55/95749	HA DE SALLID	A HASS BROW	(c) DERECHO	HABIENCIA:	10.550	LIBO MEDICO SIG	20.00	A ALICENTE	d)CODIGOS	S:			
(3). REGISTRAR DATOS DE LA MADRE.	r: remedino M: Masculino	U: Unico 61: Gemelar 1 62: Gemelar 2	T1: Trillizo 1 T2: Trillizo 2 T3: Trillizo 3							Nombre y Firm	na del Vacunador			Nombre	y Firma Revisor			2 IMSS 3 ISSSTE	UM DE SALUD	6 SEMAR	erestA	8 DIF 9 SEGURD PO	10SEG	IOS	aco 100	L- INMIGRÓ D DEFUNCIÓ	R. E. IN F.	- RENUENTE - EMIGRÓ -ENFERMO			

ANEXO 1-B CONSEJO NACIONAL DE VACUNACIÓN FORMATO DEL CENSO NOMINAL PARA REGISTRO DE ESQUEMAS DE VACUNACIÓN DE 9 A 19 AÑOS



INSTITUCIÓN	NEEDLAND CO.	MUNICIPIO O	SECTOR	
ESTADO	ZONA	LOCALIDAD	MANZANA	
JURISDICCIÓN	2004	AGEB	UNIDAD DE SALUD	

	NOMBRE (S)		FEC	HA DE MIENTO		WADE	g 02				DOM	DOMICIUO ESQUEMA DE VACUNACIÓN									T.										
ž .	1		-		(a) GENERO	ACMIENTO	FOUD DE CERTIFICADO DE NACIMIENTO (b) TIPO DE PARTO	UBICACIÓN	Τ							Antiinflue Ref. An		SF			atitis B				Td			VE			HQ (o)
PATERNO	MATERNO	NOMBRE	¥ o	WES OFF	Ĭ	NO N	0000 L(4)		α	LAVE	DESCRIPCION	CALLE	No.	COLONIA	œ	LOTE	R LOTE	RCHA	101	101	2ª	LOTE	iª	2ª	LOTE	R	1ª	23	LOM	3, 10	
(1)								ENTIDAD FEDERATIVA																							
(2)			\perp					MUNICPIO	#	Ш					-																
								LOCALIDAD	+	+																					
(1)			+	-				AGEB ENTIDAD FEDERATIVA		╙								+	-				-	+			2 4	2 4	2	14	+
								FEDERATIVA MUNICIPIO	H	П																					
(2)								LOCALIDAD	Ħ	т																					
								AGEB	Ħ	Ħ		Ī																			
(1)								ENTIDAD FEDERATIVA																			2 4	2 4			T
								MUNICIPIO																							
(2)								LOCALIDAD	Ш	Ш																					
m			\perp					AGEB	11	Ш			1		Ц		1			\perp				\perp		_	2 4	2 4	2	14	4
								ENTIDAD FEDERATIVA	#	H																					
(2)								MUNICPIO	+	H																					
								LOCALIDAD	$^{+}$	H																					
(1)								ENTIDAD FEDERATIVA	Ħ	H																	2 4	2 4	2	1.4	+
								MUNICIPIO	Ħ	П																					
(2)								LOCALIDAD	Ħ	т					1																
								AGEB																			2 4	2 4	2	1.4	
(1)								ENTIDAD FEDERATIVA																							
(2)								MUNICIPIO	Ш	Ш																					
								LOCALIDAD	4	+																					
(1)								AGES	+	Ш																	214	2 4	2	14	#
								ENTIDAD FEDERATIVA MUNICIPIO		Н																					
(2)			+					LOCALIDAD	+	Н					1																
								AGES	Ħ	Ħ																					
(1)								ENTIDAD FEDERATIVA		Ħ																	2 4	214	2	14	T
								MUNICIPIO		П																					
(2)								LOCALIDAD																							
								AGES	Ш	Ш																	2 4	2 4	2	14	
(1)								ENTIDAD FEDERATIVA	Ш																						
(2)			+					MUNICIPIO	+	Н			-																		
								LOCALIDAD	+	+		1																			
(1)			+	-				AGEB ENTIDAD FEDERATIVA	$^{+}$	۲			+		H		+	+	+	+	-		+	+	+	+	2 4	2 4	2	14	+
								FEDERATIVA MUNICIPIO	$^{+}$	П																					
(2)			+			-		LOCALIDAD	H	H			+		1																
								AGES	Ħ	Ħ		1																			
NOTA: 1) REGISTRAR DATOS DEL MENOR.	(a) GENERO: F: Femenino	(b) TIPO DE PARTO: U: Unico		-1			10000		11	1.1.		1	-1	I.	!		-1			-1	-	1 SEC	RETARIA	(c) DEREC	HOHAB 7 PEME	IENCIA: X	214	1 2	(d)CO A AUSE	OIGO:
2) REGISTRAR DATOS DE LA MADRE.	. M: Masculino	G1: Gemelar 1																				2 IMS	S			8 DIF				I INMIG	RÓ

G1: Gemelar 1 G2: Gemelar 2 T1: Trillizo 1 T2: Trillizo 2 T3: Trillizo 3

2.- IMSS 3.- ISSSTE 4.- IMSS PROSPERA 5.- SEDENA 6.- SEMAR

8.- DIF 9.- SEGURO POPULAR 10.- SEGURO MEDICO SIGLO XXI

I.- INMIGRÓ
D. - DEFUNCIÓN
R.- RENUENTE
E.- EMIGRÓ
F.-ENFERMO

ANEXO 1-C CONSEJO NACIONAL DE VACUNACIÓN FORMATO DEL CENSO NOMINAL PARA POBLACIÓN ADULTA (DE 20 AÑOS Y MAS) Y MUJERES EMBARAZADAS



NUTROCIÓN	DESCACIÓN	MONOPO COLUMN CO	SECTOR MANEARA UNIDAD DE SALIDO

	NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	0 32	DOM	ICILIO			FECHA ÚLTIMA: MENSTRUACION (FL EMBARAZADA	DE IM) EN S Topa		Triange	barazadas		Tdos	Población Gener		VACUNACIÓN		23 serotipos	Anti Influer		SR	Hepatitis		\blacksquare
2 PATERNO	MATERNO	NOMBRE	A B B B B B B B B B B B B B B B B B B B	8 95	DESCRIPCION	CALLE	No	COLONIA		unica (inica (in	1° 310		3, P	R 10 1*	3 2°		E R		. 101		1, 2	-		E 2		# 88 B
			0 2 5		SEGUI CON				0 2	3 5 9	- 9	. 9	, 3	9 .	9 -	9 '	9	9 '	9	9	- 9	9 -	9 -	9 -	9	
				ENTIDAD FEDERATIVA MUNICIPIO		_																				
				LOCALIDAD		-																				
				AGEB																						
				ENTIDAD FEDERATIVA																						+
				MUNICIPIO		1																				
				LOCALIDAD																						
				AGEB																						
				ENTIDAD FEDERATIVA																						
				MUNICIPIO																						
				LOCALIDAD																						
				AGEB																						
				ENTIDAD FEDERATIVA		_																				
				MUNICIPIO		1																				
				LOCALIDAD		1																				
				AGEB															+	+					+	+
				ENTIDAD FEDERATIVA MUNICIPIO		4																				
				MUNICIPIO LOCALIDAD		-																				
				AGEB																						
				ENTIDAD FEDERATIVA																						+
						1																				
				LOCALIDAD																						
				AGEB																						
				ENTIDAD FEDERATIVA																						
				MUNICIPIO																						
				LOCALIDAD																						
				AGEB																						
				ENTIDAD FEDERATIVA																						
				LOCALIDAD																						
				AGEB ENTIDAD FEDERATIVA															++	+					+	+-
				ENTIDAD FEDERATIVA MUNICIPIO		1																				
				LOCALIDAD		†																				
				AGEB		1																				
				ENTIDAD FEDERATIVA															$\dagger \dagger$				+			+
				MUNICIPIO		1																				
				LOCALIDAD																						
				AGEB																						
				ENTIDAD FEDERATIVA		1																				
				MUNICIPIO		1																				
				LOCALIDAD		4																				
			+++	AGEB		-					-								+	+			\perp	\perp	++	\perp
				ENTIDAD FEDERATIVA		-																				
				MUNICIPIO LOCALIDAD		-																				
				AGEB		1																				
																			1 1	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1		

F: Femenino M: Masculino

Nombre y Firma del Vacunador

Nambar - Floor Barden

1.- SECRETARIA DE SALUD 2.- IMSS 3.- ISSSTE 4.- IMSS PROSPERA | DH | DERECHOHABIENCIA:
5-- SEDENA | 9-- SEGURO POPULAR
6-- SEMAR | 10-- SEGURO MEDICO SIGLO XXI
7-- PEMEX | 11-- OTROS

* CODIGOS:
L- AUSENTE R.- RENUE
- INMIGRÓ E.- EMIGR
L- DEFUNCIÓN F.-ENFERN



REGISTRO DE APLICACIÓN DE BIOLÓGICOS PRIMERA PARTE

SINBA-SIS-06-P SIS-2019

FECHA:			
	DÍA	MES	AÑO

UNIDAD:	CLUES:	JURISDICCIÓN:	LOCALIDAD:	NOMBRE DEL RESPONSABLE:	
BIOLÓGICO	DOSIS / GRUPO P	OBLACIONAL	APLIC	ACIÓN	TOTAL
		RECIÉN NACIDO (HASTA 28 DÍAS)			
BCG	ÚNICA	29 DÍAS A 11 MESES			
		1 A 4 AÑOS			
	PRIMERA	2 a 11 MESES			
PENTAVALENTE	SEGUNDA	4 A 11 MESES			
ACELULAR DPaT + VPI + Hib	TERCERA	6 A 11 MESES			
	CUARTA	18 A 23 MESES			
	PARA COMPLETAR ESQUEMA	1 A 4 AÑOS			
	PRIMERA	RECIÉN NACIDO (0-7 DIAS)			
	PRIMERA	2 A 11 MESES			
HEPATITIS B	SEGUNDA	4 A 11 MESES			
TIEL ATTIO	TERCERA	6 A 11 MESES			
	PARA COMPLETAR ESQUEMA	1 A 4 AÑOS			
	POBLACIÓN E	N RIESGO			
HEPATITIS A	1 A 10 A	ÑOS			
HELATITION	POBLACIÓN E	N RIESGO			
DPT	ÚNICA	4 AÑOS			
	5111671	5 A 6 AÑOS			
	PRIMERA RV5	2 A 7 MESES			
	SEGUNDA RV5	4 A 7 MESES			
ROTAVIRUS	TERCERA RV5	6 A 7 MESES			
	PRIMERA RV1	2 A 7 MESES			
	SEGUNDA RV1	4 A 7 MESES			
	PRIMERA	2 A 11 MESES			
	SEGUNDA	4 A 11 MESES			
HEXAVALENTE	TERCERA	6 A 11 MESES			
	CUARTA	18 a 23 MESES			
	PARA COMPLETAR ESQUEMA	1 A 4 AÑOS			
	PRIMERA	2 A 11 MESES			
NEUMOCÓCICA	SEGUNDA	4 A 11 MESES			
CONJUGADA	TERCERA	12 A 23 MESES			
	PARA COMPLETAR ESQUEMA	12 A 23 MESES			
NEUMOCÓCICA POLISACARIDA	ÚNICA	65 AÑOS			
(23 SEROTIPOS)	POBLACIÓN E	N RIESGO			
	PRIMERA	1 AÑO			
S R P	REFUERZO	6 AÑOS			

	PARA COMPLETAR ESQUEMA	2 A 9 AÑOS	
		1 A 4 AÑOS	
SR DOBLE VIRAL		10 A 19 AÑOS	
		20 A 29 AÑOS	
		30 Y MÁS AÑOS	
	MUJERES DE 5° AÑO DE PRIMARIA Y 11 AÑOS NO	PRIMERA	
VPH		SEGUNDA	
	MUJERES 14 Y MÁS AÑOS	TERCERA	
SABIN	REFUERZO	6 A 11 MESES 1 A 2 ANOS 3 A 4 AÑOS	



REGISTRO DE APLICACIÓN DE BIOLÓGICOS SEGUNDA PARTE

			SII	NBA	-SIS	S-06 S-20	-
FECHA:							
•	D	ĺΑ	М	ES	İΑ	ÑΟ	

UNIDAD:	CLUES:		JURISDICCIÓN:	LOCALIDAD:	NOMBRE DEL RESPONSABLE:	
BIOLÓGICO	DOSIS / GRUPO PO		OBLACIONAL	APLIC	ACIÓN	TOTAL
			1 A 3 AÑOS			
VARICELA	PF	RIMERA	POBLACIÓN EN RIESGO			
VARICELA	9.5	CLINDA	4 A 5 AÑOS			
	SE	GUNDA	POBLACIÓN EN RIESGO			
		EMBADAZADAC	10 A 19 AÑOS			
		EMBARAZADAS	20 Y MÁS AÑOS			
			15 A 39 AÑOS			
	ERA	MUJERES NO EMBARAZADAS	40 A 59 AÑOS			
Td TETÁNICO DIFTÉRICO	PRIMERA		60 Y MÁS AÑOS			
			15 A 39 AÑOS			
		HOMBRES	40 A 59 AÑOS			
			60 Y MÁS AÑOS			
		EMBADAZADAS	10 A 19 AÑOS			
		EMBARAZADAS	20 Y MÁS AÑOS			
		MUJERES NO EMBARAZADAS	15 A 39 AÑOS			
	SEGUNDA		40 A 59 AÑOS			
	SEGU		60 Y MÁS AÑOS			
		HOMBRES	15 A 39 AÑOS			
			40 A 59 AÑOS			
			60 Y MÁS AÑOS			
		EMBARATAR:	10 A 19 AÑOS			
		EMBARAZADAS	20 Y MÁS AÑOS			
			15 A 39 AÑOS			
	ERZO	MUJERES NO EMBARAZADAS	40 A 59 AÑOS			
	REFUERZO		60 Y MÁS AÑOS			
	_		15 A 39 AÑOS			
		HOMBRES	40 A 59 AÑOS			
			60 Y MÁS AÑOS			
Tdpa	EMBARA	AZADAS A PARTIR GESTAC	DE LA SEMANA 20 DE IÓN			
		PRIME	RA			
TIFOÍDICA		SEGUN	DA			
		REFUEF	RZO			
INMUNOGLOBULINA AN	TITETÁNICA					
ANTITOXINA TETÁNICA	EQUINA					
ANTITOXINA DIFTÉRICA	EQUINA					
		ANTIVIPERINO	(FRASCOS)			

SUEROS Y FABOTERÁ- PICOS	ANTICORALILLO (FRASCOS)	
	ANTIARÁCNIDO (FRASCOS)	
	OTROS	
OTPOS		



SALUD Informe Mensual de Actividad

Sección III

				i ioja o ac
Nombre de la unidad:	CLUES:	Servicio:		
Nombre del responsable:	Mes estadístico:	Del 1 de	al 30 de	Año:
SIS-2019				

		Clave	Variable	Total
		BIO01	Recién nacido (hasta 28 días)	
	119 BCG	BIO50	29 días a 11 meses	
		BIO03	1 a 4 años	
		VAC01	Primera 2 a 11 meses	
	120 Pentavalente Acelular	VAC02	Segunda 4 a 11 meses	
	DPaT + VPI + Hib	VAC03	Tercera 6 a 11 meses	
	Drai + Vri + IIID	VAC04	Cuarta 18 a 23 meses	
		VAC05	Para completar esquema 1 a 4 años	
		VAC06	Primera recién nacido (0 a 7 días)	
		VAC07	Primera 2 a 11 meses	
	121 Hepatitis B	VAC08	Segunda 2 a 11 meses	
	121 Hepatitis B	VAC09	Tercera 6 a 11 meses	
		VAC10	Para completar esquema 1 a 4 años	
		VAC64	Población en riesgo	
Aplicación de biológicos	122 Hepatitis A	VAC11	1 a 10 años	
	122 Hepatitis A	BIO88	Población en riesgo	
òg	123 DPT	VAC12	4 años	
90	123 51 1	VAC13	5 a 6 años	
bjo		VAC14	Primera 2 a 7 meses RV5	
e		VAC15	Segunda 4 a 7 meses RV5	
٦	124 Rotavirus	VAC16	Tercera 6 a 7 meses RV5	
į		?	Primera 2 a 7 meses RV1	
ac		?	Segunda 4 a 7 meses RV1	
Ċ		?	Primera 2 a 11 meses	
Ιd		?	Segunda 4 a 11 meses	
٩	Hexavalente	?	Tercera 6 a 11 meses	
		?	Cuarta 18 a 23 meses	
		?	Para completar esquema 1 a 4 años	
		VAC17	Primera 2 a 11 meses	
	125 Neumocócica Conjugada	VAC18	Segunda 4 a 11 meses	
	, ,	VAC19	Tercera 12 a 23 meses	
		VAC20	Para completar esquema 12 a 23 meses	
	126 Neumocócica polisacarida	VAC21	65 años	
	(23 serotipos)	VAC22	Población en riesgo	
	127 S R P	VAC23	Primera 1 año	
	Triple viral	VAC24	Refuerzo 6 años	
		VAC25	Para completar esquemas 2 a 9 años	
		VAC26	1 a 4 años	
			<u>.</u>	-

SEMANAS NACIONALES DE SALUD 2019 HOJA DIARIA DE PALOTEO DE ACTIVIDADES ADICIONALES POR UNIDAD DE SALUD



ENTIDAD FE	DERATIVA:	INSTITUCION		JURSIDICCION/DELEGACION		UNIDAD DE SALUD		FECHA	
MUNICIPIO			LOCALIDAD			SEMANA	NACIONAL DE SALUD*		=
					ACTIVIDADES	POR INSTITUCION			
ACTIV	IDAD	POBLACIÓN	SÁBADO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	TOTAL
	SOBRES "VI	DA SUERO ORAL"							
VITAMIN	NA "A"	6 meses a 4 años							
		2 a 4 años							
ALBENI	04701	5 a 9 años							
ALBENI	JAZUL	10 a 14 años							
		TOTAL							
	ENFERM	EDADES DIARREICAS AGUDAS							
MENSAJES DEL	INFECCIO	ONES RESPIRATORIAS AGUDAS							
PERSONAL DE SALUD		TÉTANOS NEONATAL							
		TOTAL							
* Anote el númer Los datos deben	o de Semana I ser validados	vacional de Salud que se está inform por el responsable del Programa de	ando. cada Institución con nombre y firi	ma.					
		RESPONSABLE SECRETARIA	A DE SALUD			RE	ESPONSABLE IMSS ORDINARIO		-
		RESPONSABLE IMSS PR	OSPERA				RESPONSABLE ISSSTE		=

SNS-METAS-EF-AA



SEMANAS NACIONALES DE SALUD 2019 METAS DE ACTIVIDADES ADICIONALES POR ENTIDAD FEDERATIVA SEGÚN INSTITUCIÓN

SEMANA NACIONAL DE SALUD* ENTIDAD FEDERATIVA: FECHA: ACTIVIDADES POR INSTITUCION ACTIVIDAD POBLACIÓN IMSS TOTAL OTRAS S S A ISSSTE SEDENA SEMAR PEMEX CNDI DIF ORDINARIO PROSPERA SOBRES "VIDA SUERO ORAL" 0 VITAMINA "A" 6 meses a 4 años 0 0 2 a 4 años 0 0 5 a 9 años 0 0 ALBENDAZOL 10 a 14 años 0 0 TOTAL 0 ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS MENSAJES INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL PERSONAL DE TÉTANOS NEONATAL 0 SALUD TOTAL 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

* Anote el número de Semana Nacional de Salud que se está informando. Los datos deben ser validados por el Responsable del Programa de cada Institución con nombre y firma. Envío a CeNSIA al correo: censia.info@salud.gob.mx	
RESPONSABLE SECRETARIA DE SALUD	RESPONSABLE IMSS ORDINARIO
RESPONSABLE IMSS PROSPERA	RESPONSABLE ISSSTE

SNS-RFH



SEMANAS NACIONALES DE SALUD 2019

RECURSOS FÍSICOS Y HUMANOS POR INSTITUCIÓN

ENTIDAD FEDERAT	ΓΙVA:					SEM	IANA NACIONA	AL DE SALUD [*]		-	FECHA		
							RECURSOS PO	OR INSTITUCION					
	SSA	Ordinario	ISS Prospera	ISSSTE	SEDENA	SEMAR	PEMEX	CNDI	DIF	OTRAS	TOTAL		
	1. Fijos	(Unidades de Salud)											0
DUFFATOO DF	2. Semifijos (Sitios de concentración)												0
		Del Programa Permanente											0
PUESTOS DE VACUNACIÓN	3. Móviles	De la Semana Nacional											0
	(Brigadas)	Motorizadas (PROSPERA)											0
		Subtotal Móviles											0
	TOTAL		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Del Pro	ograma Permanente											0
VACUNADORES DE CONTRATO	De la Semana Nacional												0
		TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	VOLUNTARIO	os:											0
Los datos deben se	er validados p	cional de Salud que se e or el Responsable del Pro .info@salud.gob.mx			con nombre y f	irma.							
	RESPON	SABLE SECRETARÍA DE SAL	UD		-				RESPONSABLE	IMSS ORDINARIO	1		-
	RESI	PONSABLE IMSS PROSPERA			-				RESPONSA	BLE ISSSTE			-

SEMANAS NACIONALES DE SALUD 2019 METAS DE VACUNACIÓN POR ENTIDAD FEDERATIVA SEGÚN INSTITUCIÓN

	9
-1	A
CeNSI	Α

ENTIDAD FEDERATIVA: SEMANA NACIONAL DE SALUD* FECHA: ACTIVIDADES POR INSTITUCION DOSIS Y POBLACIÓN TOTAL ACTIVIDAD SSA ISSSTE SEDENA SEMAR PEMEX CNDI OTRAS ORDINARIO OPORTUNIDADES ÚNICA A 4 AÑOS TOTAL PRIMERA a 11 MESES A 11 MESES TERCERA PENTAVALENTE ACELULAR DPaT + VIP A 11 MESES 18 A 23 MESES PARA COMPLETAR ESQUEM. TOTAL RECIÉN NACIDO (0-7 DIAS) PRIMERA 2 A 11 MESES TOTAL PRIMERA DOSIS SEGUNDA 2 A 11 MESES HEPATITIS B TERCERA 6 A 11 MESES PARA COMPLETAR ESQUEMA 1 A 4 AÑOS POBLACIÓN EN RIESGO TOTAL ÚNICA DPT A 6 AÑOS A 7 MESES TERCERA RV5 A 7 MESES ROTAVIRUS PRIMERA RV1 2 A 7 MESES SEGUNDA RV1 4 A 7 MESES TOTAL PRIMERA SEGUNDA 4 A 11 MESES HEXAVALENTE TERCERA 6 A 11 MESES CUARTA 18 a 23 MESES 1 A 4 AÑOS TOTAL PRIMERA 2 A 11 MESES NEUMOCÓCICA CONJUGADA SEGUNDA TERCERA 2 A 23 MESES PARA COMPLETAR ESQUEMA 12 A 23 MESES TOTAL NEUMOCÓCICA POLISACARIDA (23 SEROTIPOS) TOTAL S R P TRIPLE VIRAL REFUERZO TOTAL SR DOBLE VIRAL A 4 AÑOS 0 A 19 AÑOS REFUERZO TOTAL RIMERA VPH PRIMARIA Y 11 AÑOS NO ESCOLARIZADA TERCERA TOTAL 6 A 11 MESES SABIN 1 A 2 AÑOS REFUERZO 3 A 4 AÑOS

SEMANAS NACIONALES DE SALUD 2019

INFORME PRELIMINAR DE ACTIVIDADES POR INSTITUCIÓN

ENTIDAD FEDERATIVA: SEMANA NACIONAL DE SALUD^{*}______ FECHA:

					ACTIVIDADES POR INSTITUCION							
	ACTIVIDAD	S S A	OBLIGATORIO	PROSPERA	ISSSTE	SEDENA	SEMAR	PEMEX	CNDI	DIF	OTRAS	TOTAL
	BCG											0
PENT	AVALENTE ACELULAR											0
	HEPATITIS B											0
	DPT											0
	ROTAVIRUS											0
	HEXAVALENTE											0
NEUM	OCÓCICA CONJUGADA											0
NEUMOCO	ÓCICA POLISACÁRIDA (23)											0
S	RP TRIPLE VIRAL											0
;	SR DOBLE VIRAL											0
	VPH											0
	SABIN											0
	Td											0
	Tdpa											0
	SOBRES "VSO"											0
	VITAMINA "A"											0
	ALBENDAZOL											0
	ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS											0
MENSAJES DEL PERSONAL DE	INFECCIONES RESPIRATORIAS											0
SALUD	TÉTANOS											0
	ΙΟΙΔΙ	0		0			0	0	0			0

^{*} ANOTE EL NÚMERO DE SEMANA NACIONAL DE SALUD QUE SE ESTÁ INFORMANDO.



Nombre del Estado:

Subsecretaria de Prevención y Promocion de la Salud Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

Informe de Metas y Registro de Aplicación de biológico, Antiinfluenza Estacional

Nombre del Responsable de Vacunación

PRIMERA 12 a 23 meses 0	BIOLÓGICO	DOSIS / GRUPO PO	BLACIONAL	TOTAL	Secretaria de Salud	IMSS Ordinario	IMSS Prospera	ISSSTE
PRIMERA 34 a 35 messs 0			6 a 11 meses	0				
SEGUNDA A 59 meses 0 0 0 0 0 0 0 0 0			12 a 23 meses	0				
AB a 59 meses O O O O O O O O O		PRIMERA	24 a 35 meses	0				
SEGUNDA Tail meses 0			36 a 47 meses	0				
DOSIS ANUAL REVACUNACION 16 4 25 misses 0 0 0 0 0 0 0 0 0			48 a 59 meses	0				
10 at 25 misses 0	ဋ		7 a 11 meses	0				
10 at 25 misses 0	lar l	SEGUNDA	12 a 23 meses	0				
10 at 25 misses 0	Ë		24 a 35 meses	0				
Columbia	Ş		36 a 47 meses	0				
10 at 25 misses 0	ा भूत वि		48 a 59 meses	0				
DOSIS ANUAL REVACUNACION 36 a 47 meses 0	ď.		18 a 23 meses	0				
DOSIS ANUAL REVACUNACION 36 a 47 meses 0 0 0 0 0 0 0 0 0			24 a 35 meses					
A8 a 59 meses 0		DOSIS ANUAL REVACUNACION	36 a 47 meses					
GRUPOS DE RIESGO								
GRUPOS DE RIESGO								
PERSONAS CON VIH PERSONAS CON DIABETES MELLITUS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS PERSONAS CON OBESIDAD MORBIDA PERSONAS CON OBESIDAD MORBIDA PERSONAS CON CARDIOPATIAS PERSONAS CON CARDIOPATIAS PERSONAS CON CARDIOPATIAS PERSONAS CON CARDIOPATIAS PERSONAS CON ASMA SIN CONTROL O PARCIALMENTE CONTROL O PARCIALMENTE CONTROLADO PERSONAS CON CANCER PERSONAS CON			· ·		 			
PERSONAS CON VIH 10 A 19 AÑOS	GRUPOS DE RIESGO		0					
PERSONAS CON VIH 10 A 19 AÑOS 0 CONTROLADO PERSONAS CON CANCER PERSONAS CON CANCER 10 A 19 AÑOS 0 CONTROLADO 10 A 19 AÑOS 10 A 19 AÑOS 0 CONTROLADO 10 A 19 AÑOS			0					
PERSONAS CON DIABETES MELLITUS DESCRIPTION OF THE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS DESCRIPTION OF THE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS DESCRIPTION OF THE PERSONAS CON OBESIDAD MORBIDA PERSONAS CON OBESIDAD MORBIDA DESCRIPTION OF THE PERSONAS CON CARDIOPATIAS DESCRIPTION OF THE PERSONAS CON CARDI			5 A 9 AÑOS	0				
PERSONAS CON DIABETES MELLITUS 5 A 9 AÑOS 0 10 A 19 AÑOS 0 20 A 59 AÑOS 0 PERSONAS CON OBESIDAD MORBIDA 5 A 9 AÑOS 0 10 A 19 AÑOS 0 10 A 1		PERSONAS CON VIH	10 A 19 AÑOS	0				
PERSONAS CON OBESIDAD MORBIDA PERSONAS CON OBESIDAD MORBIDA PERSONAS CON CARDIOPATIAS 5 A 9 AÑOS 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	S		20 A 59 AÑOS	0				
PERSONAS CON OBESIDAD MORBIDA MORBIDA 5 A 9 AÑOS 0 10 A 19 AÑOS 0 20 A 59 AÑOS 0 PERSONAS CON CARDIOPATIAS 10 A 19 AÑOS 0 10	añc	DEDSONAS CON DIABETES		0				
PERSONAS CON OBESIDAD MORBIDA MORBIDA 5 A 9 AÑOS 0 10 A 19 AÑOS 0 20 A 59 AÑOS 0 PERSONAS CON CARDIOPATIAS 10 A 19 AÑOS 0 10	29		10 A 19 AÑOS	0				
PERSONAS CON OBESIDAD MORBIDA 10 A 19 AÑOS 0	a		20 A 59 AÑOS	0				
20 A 59 AÑOS 0 5 A 9 AÑOS 0 5 A 59	98	DEDSONAS CON OBESIDAD	5 A 9 AÑOS	0				
20 A 59 AÑOS 0 5 A 9 AÑOS 0 5 A 59	g,		10 A 19 AÑOS	0				
20 A 59 AÑOS 0 5 A 9 AÑOS 0 5 A 59	esc	-	20 A 59 AÑOS	0				
20 A 59 AÑOS 0 5 A 9 AÑOS 0 5 A 59	e :			0				
20 A 59 AÑOS 0 5 A 9 AÑOS 0 5 A 59	n d	PERSONAS CON CARDIOPATIAS		0				
20 A 59 AÑOS 0 5 A 9 AÑOS 0 5 A 59	Ģ,			0				
20 A 59 AÑOS 0 5 A 9 AÑOS 0 5 A 59	bla			0				
20 A 59 AÑOS 0	8			0				
PERSONAS CON CANCER 10 A 19 AÑOS 0 20 A 59 AÑOS 0			20 A 59 AÑOS	0				
20 A 59 AÑOS 0			5 A 9 AÑOS	0				
		PERSONAS CON CANCER						
OTROS 5 A 59 AÑOS 0				0				
		OTROS	5 A 59 AÑOS	0	1			

Fuente: paralelo SIS

Informe preliminar, hasta ser validado por los COEVAS.

SALUD	130
SECRETARÍA DE SALUD	1

Nombre del Estado:

Subsecretaria de Prevención y Promocion de la Salud Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

Informe de Metas y Registro de Aplicación de biológico, Antiinfluenza Estacional

Nombre del Responsable de Vacunación

IS 2017-2	2019				•		al de	Año: 2019						1				
		DOSIS / GRUPO PO		TOTAL	Ags.	B.C.	B.C.S.	Camp.	Coah.	Col.	Chis.	Chih.	CDMX.	Dgo.	Gto.	Gro.	Hgo.	Jal.
			6 a 11 meses	0														
			12 a 23 meses	0														
		PRIMERA	24 a 35 meses	0														
			36 a 47 meses	0														
	_		48 a 59 meses	0														
	blanco		7 a 11 meses	0														
	<u>pla</u>		12 a 23 meses	0														
	ű	SEGUNDA	24 a 35 meses	0														
	Población		36 a 47 meses	0														
	ğ		48 a 59 meses	0														
	ď		18 a 23 meses	0														
			24 a 35 meses	0														
<u> </u>		DOSIS ANUAL REVACUNACION	36 a 47 meses	0														
3		DOGIO ALTONE NE VACCITACION	48 a 59 meses	0														
Estacione																		
E _			60 años y más	0														
1		l l	EMBARAZADAS	0														
		GRUPOS DE RIESGO	PERSONAL DE SALUD EN UNIDADES MÉDICAS	0														
ī			5 A 9 AÑOS	0														
3		PERSONAS CON VIH	10 A 19 AÑOS	0														
	SO	20	20 A 59 AÑOS	0														
3	años		5 A 9 AÑOS	0														
2 5 7	29	PERSONAS CON DIABETES MELLITUS	10 A 19 AÑOS	0														
[5 a	MELLITOS	20 A 59 AÑOS	0														
3	용		5 A 9 AÑOS	0														
	riesgo	PERSONAS CON OBESIDAD	10 A 19 AÑOS	0														
	es	MORBIDA	20 A 59 AÑOS	0														
	de -		5 A 9 AÑOS	0														
	ĕ		10 A 19 AÑOS	0														
	Ğ		20 A 59 AÑOS	0														
ı	Población	PERSONAS CON ASMA SIN	5 A 9 AÑOS	0														
	ď	CONTROL O PARCIALMENTE	10 A 19 AÑOS	0	1									1	1			
		CONTROLADO	20 A 59 AÑOS	0														
ı			5 A 9 AÑOS	0										l	l			
		PERSONAS CON CANCER	10 A 19 AÑOS	0														
			20 A 59 AÑOS	0														
			5 A 59 AÑOS	0										-	-	-		
_																		
		Total de dosis aplicada	as	0	-	•	•	-	-	-	•	-	-	-	-	-	•	

Fuente: paralelo SIS

Informe preliminar, hasta ser validado por los COEVAS.

SALUD	(200)
MCRETARIA DE SALUD	

e del Estado:	

e del Responsable de Vacunación

7-2019

7-2019	DOSIS / GRUPO PO	BLACIONAL	Mex.	Mich.	Mor.	Nay.	N.L.	Oax.	Pue.	Qro.	Qroo.	S.L.P.	Sin.	Son.	Tab.	Tamps.	Tlax.	Ver.	Yuc.	Zac.
		6 a 11 meses																		
		12 a 23 meses																		
	PRIMERA	24 a 35 meses																		
		36 a 47 meses																		
		48 a 59 meses																		
blanco		7 a 11 meses																		
olar		12 a 23 meses																		
ř	SEGUNDA	24 a 35 meses																		
ac ie		36 a 47 meses																		
Población		48 a 59 meses																		
ď		18 a 23 meses																		
		24 a 35 meses																		
	DOSIS ANUAL REVACUNACION	36 a 47 meses																		
		48 a 59 meses																		
		60 años y más																		
-		EMBARAZADAS																		
		PERSONAL DE SALUD EN UNIDADES MÉDICAS																		
	PERSONAS CON VIH 1	5 A 9 AÑOS																		
6		10 A 19 AÑOS																		
años		20 A 59 AÑOS																		
29 9	PERSONAS CON DIABETES	5 A 9 AÑOS																		
a a	MELLITUS	10 A 19 AÑOS																		
de 5		20 A 59 AÑOS																		
o o o	PERSONAS CON OBESIDAD	5 A 9 AÑOS 10 A 19 AÑOS																		
esg	MORBIDA	10 A 19 ANOS 20 A 59 AÑOS																		
i.		5 A 9 AÑOS																		
g u	PERSONAS CON CARDIOPATIAS	10 A 19 AÑOS					-					-				-				
Ición	PERSONAS CON CARDIOFATIAS	20 A 59 AÑOS					-					-				-				
Pobla	PERSONAS CON ASMA SIN	5 A 9 AÑOS																		
2	CONTROL O PARCIALMENTE	10 A 19 AÑOS																		
1	CONTROLADO	10 A 19 ANOS 20 A 59 AÑOS																		
1		5 A 9 AÑOS																		
1	PERSONAS CON CANCER	10 A 19 AÑOS																		
1		20 A 59 AÑOS																		
		5 A 59 AÑOS																		
	Total de dosis aplicada	as	-	-	•	-	-	•		•	-	-	•	-	•	-	•	•	-	•

Fuente: paralelo SIS

Informe preliminar, hasta ser validado por los COEVAS.

CONSEJO NACIONAL DE VACUNACIÓN PROGRAMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL FORMATO DE REPORTE DE DOSIS APLICADAS <1 AÑO (RDA)

ESTADO:
INSTITUCIÓN:
PERIODO:
FECHA DE ELABORACIÓN:
FUENTE:

										OSIS APL										Cobertur	as por Ti	ipo de Bio	ológico en edad	menores		EBC en niños me	nores de 1 año	de edad
JURISDICCIÓN	MUNICIPIO	CLUES	NOMBRE DE LA UNIDAD	POBLACIÓN <1	BCG	PENT	TAVALE	NTE	ROT	AVIRUS F	V5	NEUMO	CÓCICA	HE	PATITIS I		HEXA	VALEN'	ΓE		ae ·	i ano de e	Baaa					
33.402.133.13				AÑO	< 1 Año	1a		3a	1a	2a	3a	1a	2a	1a	2a	3a	1a	2a	3a E	BCG (1)	Penta (3)	Rota (3)	Neumo (2)	Hep B (3)	Hexa (3)	POBLACIÓN	Esquemas Completos	%
		TOTAL SECTOR																										
																												_
																												
																	-											-
					1											-		-										-
				1											-													+
															-									-				+
																												↓
																												↓
																			-									†
														1										l				
														1										l				
				1																				 				+
					1											-		-										-
																			-									-
																-	-	-		-+								-
															-	-		-	-					-				
				1											 									<u> </u>				1
															 			_	_									<u> </u>
																												 '
																												<u> </u>
			<u> </u>																									
																											-	

ELABORO.	EDUANDO CESAN ON EDA CIAVEE
REVISÓ:	ENF. SILVIA MEZA GONZALEZ

ESTADO:
INSTITUCIÓN:
PERIODO:
FECHA DE ELABORACIÓN:

CONSEJO NACIONAL DE VACUNACIÓN PROGRAMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL

FORMATO DE REPORTE DE DOSIS APLICADAS 1 AÑO (RDA)

FUENTE:

						S APLICADAS			TURAS POR		EBC en niños de 1 año de edad			
JURISDICCIÓN	MUNICIPIO	CLUES	NOMBRE DE LA UNIDAD		PENTAVALENTE	NEUMOCÓCICA	SRP		ICO 1 AÑO I	DE EDAD	LDO OIT IIII		ouuu	
JUNIODICCION	WONIGHTO		NOWING DE LA GNIDAD	1 Año		3a	1 Año	SRP (1)	Penta (4)	Neumo (3)	POBLACIÓN	Esquemas Completos	%	
		TOTAL SECTOR												

LABORÓ:	EDUARDO CESAR ORTEGA CHAVEZ
REVISÓ:	ENF. SILVIA MEZA GONZALEZ

ESTADO:
INSTITUCIÓN:
PERIODO:
FECHA DE ELABORACIÓN:

CONSEJO NACIONAL DE VACUNACIÓN PROGRAMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL

FORMATO DE REPORTE DE DOSIS APLICADAS 4 AÑOS (RDA)

FUENTE:

JURISDICCIÓN	MUNICIPIO	CLUES	NOMBRE DE LA UNIDAD	POBLACIÓN 4 AÑOS	DOSIS APLICADAS DPT	COBERTURA POR TIPO DE BIOLÓGICO 4 AÑOS
		TOTAL SECTOR				
	+					
	-					
		1				

ELABORO:	EDUARDO CESAR ORTEGA CHAVEZ
REVISÓ:	ENF. SILVIA MEZA GONZALEZ

ESTADO:
INSTITUCIÓN:
PERIODO:
FECHA DE ELABORACIÓN:

CONSEJO NACIONAL DE VACUNACIÓN PROGRAMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL

FORMATO DE REPORTE DE DOSIS APLICADAS 6 AÑOS (RDA)

FUENTE:

JURISDICCIÓN	MUNICIPIO	CLUES	NOMBRE DE LA UNIDAD	POBLACIÓN 6 AÑOS	DOSIS APLICADAS SRP 6 AÑOS	COBERTURA POR TIPO DE BIOLÓGICO 6 AÑOS
		TOTAL SE	CTOR			

LABORÓ:	EDUARDO CESAR ORTEGA CHAVEZ			
REVISÓ:	ENF. SILVIA MEZA GONZALEZ			

SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA



ANEXO 15

CALENDARIO DE ACTIVIDADES DE ENTREGA Y REPORTE DE INFORMACIÓN 2019

INFORME CORREO ELECTRÓNICO	CORTE	FECHA DE ENTREGA DE INSTITUCIONES A SECRETARÍAS DE SALUD ESTATALES	FECHA ENVÍO A CENSIA
	1ª Semana Nacional de Salud del 23 de febrero al 1 de marzo del 2019		CENSIA

	1ª Semana Nacional de Salud del 23 de febrero al 1 de	<u>CENSIA</u>			
	Metas Preliminares para validación de CeNSIA	21 de enero de 2019	28 de enero de 2019		
	Envío de Metas Validadas por el CeNSIA a los Estados		11 de febrero de 2019		
	Envío de Metas a CeNSIA firmadas por los COEVAs		18 de frebrero de 2019		
	Informe de la Ceremonia de Inauguración		25 de febrero de 2019		
	Informe Preliminar de Actividades	8 de marzo de 2019	11 de marzo de 2019		
	Concentrados Estatales de Dosis Aplicadas firmadas por los COEVAs	25 de marzo de 2019	1 de abril de 2019		
	2ª Semana Nacional de Salud del 20 al 24 de mayo	o del 2019	CENSIA		
SEMANAS	Metas Preliminares para validación de CeNSIA	23 de abril de 2019	29 de abril de 2019		
NACIONALES	Envío de Metas Validadas por el CeNSIA a los Estados		3 de mayo del 2019		
	Envío de Metas a CeNSIA firmadas por los COEVAs		13 de mayo de 2019		
DE SALUD 2019	Informe de la Ceremonia de Inauguración		20 de mayo de 2019		
censia.info@salud.gob.mx	Informe Preliminar de Actividades	3 de junio de 2019	17 de junio de 2019		
	Concentrados Estatales de Dosis Aplicadas firmadas por los COEVAs	24 de junio de 2019	1 de julio de 2019		
	3ª Semana Nacional de Salud del 12 al 18 de octubre del 2019 CENSIA				
	Metas Preliminares para validación de CeNSIA	19 de agosto de 2019	26 de agosto de 2019		
	Envío de Metas Validadas por el CeNSIA a los Estados		9 de septiembre de 2019		
	Envío de Metas a CeNSIA firmadas por los COEVAs		23 de septiembre de 2019		
	Informe de la Ceremonia de Inauguración		12 de octubre de 2019		
	Informe Preliminar de Actividades	14 de octubre de 2019	21 de octubre de 2019		
	Concentrados Estatales de Dosis Aplicadas firmadas por los COEVAs	28 de octubre de 2019	11 de noviembre de 2019		
		Mes de febrero	Capturar corte a 28 de febrero		
Sistema SIS-SINBA	Corte de semana subirlo en captura mensual de SIS		Capturar corte completo al 31		
		Mes de mayo	mayo		
			Canturar corto completo corto		
		Mes de octubre	Capturar corte completo corte al 31 Octubre		