



# SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

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

PROGRAMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL Y  
JORNADAS NACIONALES DE SALUD PÚBLICA  
LINEAMIENTOS GENERALES 2020  
ANEXOS



SEDENA

SEMAR

Handwritten signatures in blue ink.

**ANEXO 1**

**Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud  
Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia  
PROGRAMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL  
CARTA DESCRIPTIVA PARA ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN**

Nombre del evento: <i>anotar el nombre del evento</i>					Dirigido a: <i>anotar el tipo de personal de salud que se convoca; por ejemplo, supervisores, vacunadores, etc.</i>				
Tipo de evento: <i>indicar si es curso-taller, conferencia, reunión, etc.</i>					Duración: <i>indicar el mes, los días y el año de la realización del evento.</i>				
Responsables del evento: <i>anotar el nombre del responsable de la organización de evento y el área de adscripción.</i>					Nombre de la Unidad de Salud: <i>anotar el número y nombre de la Unidad de Salud y de la Jurisdicción Sanitaria correspondiente.</i>				
Objetivo General: <i>describir la finalidad del evento; por ejemplo, informar, adquirir habilidades, etc. Respondiendo a las preguntas qué, cómo, cuándo y dónde.</i>					Sede: <i>indicar la institución y domicilio del lugar donde se llevará a cabo.</i>				
					Cupo: <i>señalar el número de participantes por día.</i>				
					Fecha de inicio del evento: <i>anotar el día, mes y año.</i>				
Fecha y horario	Tema	Objetivo general	Componente	Objetivos específicos	Contenido temático	Técnica didáctica	Auxiliar didáctico	Evaluación	Ponente
Anotar fecha y horario de la ponencia.	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 del 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.
<b>Ejemplo:</b> 8:00-9:00 horas 14:00-20:00 horas	<b>Ejemplo:</b> Técnicas para la aplicación de vacunas.	<b>Ejemplo:</b> Al término del evento el participante será capaz de capacitar al personal del nivel local acerca de las técnicas para la aplicación de cada una de las vacunas del Programa de Vacunación Universal.	<b>Ejemplo:</b> Vacuna BCG. Vacuna contra Hepatitis B. Vacuna Pentavalente acelular.	<b>Ejemplo:</b> 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.	<b>Ejemplo:</b> Procedimientos para la Vacunación: 1.Preparación de insumos. 2.Recomendaciones al vacunador. 3.Recomendaciones al usuario. 4.Técnica de reconstitución de la vacuna. 5. Técnicas para la aplicación de vacunas, etc	<b>Ejemplo:</b> 1. Diálogo. 2.Exposición. 3. Discusión. 4.Revisión de documentos impresos. 5. Demostración de procedimientos, etc.	<b>Ejemplo:</b> -Diapositivas. - Proyector. - Lap-top. -Material impreso. -Anotar el material y equipo para la vacunación: termo, frascos de vacuna, material de curación etc. - Láminas de papel. - Rotafolio, etc.	<b>Ejemplo:</b> Preguntas directas de los asistentes, devolución de procedimientos, y preguntas del tema incluidas en un cuestionario al inicio y final de la sesión.	

*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*



ANEXO 1.2  
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

REACTIVO	SÍ	NÚMERO	VALOR				
1 Indique cuántos cursos de temas de vacunación se han llevado a cabo en el estado durante el trimestre reportado							
2 Anote el número de unidades de salud en su estado que tiene bajo su responsabilidad para llevar a cabo la capacitación y desglose la información que se solicita:							
3 Nivel estatal							
4 Nivel jurisdiccional							
<b>Total de unidades a capacitar</b>		0					
<b>Porcentaje de unidades capacitadas</b>		#DIV/0!					
<b>Señale si cuenta con la siguiente información:</b>							
5 Tiene Carta Descriptiva de los Cursos impartidos.			1				
6 Tiene Listas de Asistencia de los Cursos impartidos.			1				
7 Tiene Evaluaciones Iniciales y Finales.			1				
8 Lineamientos Generales del Programa de Vacunación Universal y Jornadas Nacionales de Salud Pública			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			1				
15 Instalación del puesto de vacunación			1				
16 Preparación del termo			1				
17 Demostración física de la presentación de los diferentes biológicos			1				
18 Manejo de frascos abiertos (para uso intramuros y extramuros)			1				
19 Mantenimiento preventivo de la Red de Frío (Unidades refrigerantes)			1				
20 Accidentes de red de frío			1				
21 Manejo de residuos peligrosos biológico infecciosos (RPBI)			1				
22 Registro y control de entradas y salidas del biológico			1				
23 Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización (ESAVI)			1				
24 Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Prevenibles por Vacunación			1				
25 Encuesta rápida de cobertura, monitoreo rápido de cobertura			1				
26 Calidad del dato			1				
27 Control y seguimiento del manejo de inventarios de vacunas y otros insumos (wVSSM para la Secretaría de Salud)			1				
28 Indique con X las instituciones del Sector Salud que han participado en los cursos:			1				
<table border="1"> <tr> <td>IMSS OBLIGATORIO</td> <td>IMSS BIENESTAR</td> <td>ISSSTE</td> <td>SECRETARÍA DE SALUD</td> </tr> </table>	IMSS OBLIGATORIO	IMSS BIENESTAR	ISSSTE	SECRETARÍA DE SALUD			1
IMSS OBLIGATORIO	IMSS BIENESTAR	ISSSTE	SECRETARÍA DE SALUD				
29 Tienen calendario y bitácora de cursos a impartir en el estado			1				
30 Tienen responsables estatal y jurisdiccionales de capacitación			1				
31 ¿Actualiza sus cursos de acuerdo a lo proporcionado por el CENSIA durante las reuniones nacionales?			1				
32 ¿Recibe capacitación durante las visitas de los supervisores del CeNSIA?			1				
<b>TOTAL CAPACITACIÓN</b>	0		29				

Con base al Manual de Vacunación y los Lineamientos Generales vigentes

OBSERVACIONES



ANEXO 2

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud  
 Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia  
**PROGRAMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL**  
**ANAMNESIS PREVIA A LA VACUNACIÓN**

PREGUNTAS A REALIZAR	CONDUCTA A SEGUIR (POSIBILIDADES)*
¿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?	Averigüe su estado vacunal, solicite Cartilla Nacional de Vacunación o de Salud. 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. Las personas con enfermedades crónicas deben protegerse de enfermedades inmunoprevenibles, en coagulopatías debe realizarse presión en el sitio de la inyección por lo menos 2 minutos; si hay duda refiera 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, si hay sospecha se debe referir al especialista y no aplicar la vacuna hasta corroborar que no hay inmunodeficiencia primaria para poder aplicarla.
¿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 y acate los intervalos para la administración de vacunas atenuadas parenterales (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 tomar 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 antes descartar la enfermedad en el candidato a vacunar con BCG.
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.

**\*La conducta a seguir dependerá de cada caso en particular, se deberá analizar cada situación para la toma de decisiones.**











FECHA: 

DÍA	MES	AÑO		

UNIDAD:	CLUES:	JURISDICCIÓN:	LOCALIDAD:	NOMBRE DEL RESPONSABLE:
BIOLÓGICO	DOSIS / GRUPO POBLACIONAL		APLICACIÓN	TOTAL
BCG	ÚNICA	RECIÉN NACIDO (HASTA 28 DÍAS)		
		29 DÍAS A 11 MESES		
		1 A 4 AÑOS		
PENTAVALENTE ACELULAR DPaT + VPI + Hib	PRIMERA	2 a 11 MESES		
	SEGUNDA	4 A 11 MESES		
	TERCERA	6 A 11 MESES		
	CUARTA	18 A 23 MESES		
	PARA COMPLETAR ESQUEMA	1 A 4 AÑOS		
HEPATITIS B	PRIMERA	RECIÉN NACIDO (0-7 DIAS)		
	PRIMERA	2 A 11 MESES		
	SEGUNDA	4 A 11 MESES		
	TERCERA	6 A 11 MESES		
	PARA COMPLETAR ESQUEMA	1 A 4 AÑOS		
	POBLACIÓN EN RIESGO			
HEPATITIS A	1 A 10 AÑOS			
	POBLACIÓN EN RIESGO			
DPT	ÚNICA	4 AÑOS		
		5 A 6 AÑOS		
ROTA VIRUS	PRIMERA RV5	2 A 7 MESES		
	SEGUNDA RV5	4 A 7 MESES		
	TERCERA RV5	6 A 7 MESES		
	PRIMERA RV1	2 A 7 MESES		
	SEGUNDA RV1	4 A 7 MESES		
HEXA VALENTE	PRIMERA	2 A 11 MESES		
	SEGUNDA	4 A 11 MESES		
	TERCERA	6 A 11 MESES		
	CUARTA	18 a 23 MESES		
	PARA COMPLETAR ESQUEMA	1 A 4 AÑOS		
NEUMOCÓCICA CONJUGADA	PRIMERA	2 A 11 MESES		
	SEGUNDA	4 A 11 MESES		
	TERCERA	12 A 23 MESES		
	PARA COMPLETAR ESQUEMA	12 A 23 MESES		
NEUMOCÓCICA POLISACÁRIDA (23 SEROTIPOS)	ÚNICA	65 AÑOS		
	POBLACIÓN EN RIESGO			
SRP TRIPLE VIRAL	PRIMERA	1 AÑO		
	REFUERZO	6 AÑOS		
	PARA COMPLETAR ESQUEMA	2 A 9 AÑOS		
SR DOBLE VIRAL	REFUERZO	1 A 4 AÑOS		
		10 A 19 AÑOS		
		20 A 29 AÑOS		
		30 Y MÁS AÑOS		
VPH	MUJERES DE 5° AÑO DE PRIMARIA Y 11 AÑOS NO ESCOLARIZADAS	PRIMERA		
	MUJERES 14 Y MÁS AÑOS	SEGUNDA		
		TERCERA		
SABIN	REFUERZO	6 A 11 MESES		
		1 A 2 AÑOS		
		3 A 4 AÑOS		



**SALUD**

**REGISTRO DE APLICACIÓN DE BIOLÓGICOS  
SEGUNDA PARTE**

SINBA-SIS-06-P  
SIS-2020

FECHA:

DÍA	MES	AÑO	

UNIDAD:	CLUES:	JURISDICCIÓN:	LOCALIDAD:	NOMBRE DEL RESPONSABLE:
<b>BIOLÓGICO</b>	<b>DOSIS / GRUPO POBLACIONAL</b>		<b>APLICACIÓN</b>	<b>TOTAL</b>
VARICELA	PRIMERA	1 A 3 AÑOS		
		POBLACIÓN EN RIESGO		
	SEGUNDA	4 A 5 AÑOS		
		POBLACIÓN EN RIESGO		
Td TETÁNICO DIFTÉRICO	PRIMERA	EMBARAZADAS	10 A 19 AÑOS	
			20 Y MÁS AÑOS	
		MUJERES NO EMBARAZADAS	15 A 39 AÑOS	
			40 A 59 AÑOS	
			60 Y MÁS AÑOS	
		HOMBRES	15 A 39 AÑOS	
	40 A 59 AÑOS			
	60 Y MÁS AÑOS			
	SEGUNDA	EMBARAZADAS	10 A 19 AÑOS	
			20 Y MÁS AÑOS	
		MUJERES NO EMBARAZADAS	15 A 39 AÑOS	
			40 A 59 AÑOS	
			60 Y MÁS AÑOS	
		HOMBRES	15 A 39 AÑOS	
	40 A 59 AÑOS			
	60 Y MÁS AÑOS			
	REFUERZO	EMBARAZADAS	10 A 19 AÑOS	
			20 Y MÁS AÑOS	
		MUJERES NO EMBARAZADAS	15 A 39 AÑOS	
			40 A 59 AÑOS	
			60 Y MÁS AÑOS	
		HOMBRES	15 A 39 AÑOS	
	40 A 59 AÑOS			
	60 Y MÁS AÑOS			
Tdpa	EMBARAZADAS A PARTIR DE LA SEMANA 20 DE GESTACIÓN			
TIFOÍDICA	PRIMERA			
	SEGUNDA			
	REFUERZO			
INMUNOGLOBULINA ANTITETÁNICA				
ANTITOXINA TETÁNICA EQUINA				
ANTITOXINA DIFTÉRICA EQUINA				
SUEROS Y FABOTERÁPICOS	ANTIVIPERINO (FRASCOS)			
	ANTICORALILLO (FRASCOS)			
	ANTIARÁCNIDO (FRASCOS)			
	OTROS			
OTROS				



**SALUD**

**Informe Mensual de Actividades Realizadas en la Unidad Médica SIS-SS-CE-H**

Nombre de la unidad:  
Nombre del responsable:  
SIS-2018

CLUES: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_  
Mes estadístico: \_\_\_\_\_ Del 26 de \_\_\_\_\_ al 25 de \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

	Clave	Variable	Total
119 BCG	BIO01	Recién nacido (hasta 28 días)	
	BIO50	29 días a 11 meses	
	BIO03	1 a 4 años	
120 Pentavalente Acelular DPaT + VPI + Hib	VAC01	Primera 2 a 11 meses	
	VAC02	Segunda 4 a 11 meses	
	VAC03	Tercera 6 a 11 meses	
	VAC04	Cuarta 18 a 23 meses	
	VAC05	Para completar esquema 1 a 4 años	
121 Hepatitis B	VAC06	Primera recién nacido (0 a 7 días)	
	VAC07	Primera 2 a 11 meses	
	VAC08	Segunda 2 a 11 meses	
	VAC09	Tercera 6 a 11 meses	
	VAC10	Para completar esquema 1 a 4 años	
122 Hepatitis A	VAC64	Población en riesgo	
	VAC11	1 a 10 años	
123 DPT	BIO88	Población en riesgo	
	VAC12	4 años	
124 Rotavirus RV5	VAC13	5 a 6 años	
	VAC14	Primera 2 a 7 meses	
	VAC15	Segunda 4 a 7 meses	
274 Rotavirus RV1	VAC16	Tercera 6 a 7 meses	
	VAC65	Primera 2 a 7 meses	
	VAC66	Segunda 4 a 7 meses	
125 Neumocócica Conjugada	VAC17	Primera 2 a 11 meses	
	VAC18	Segunda 4 a 11 meses	
	VAC19	Tercera 12 a 23 meses	
	VAC20	Para completar esquema 12 a 23 meses	
126 Neumocócica polisacárida (23 serotipos)	VAC21	65 años	
	VAC22	Población en riesgo	
127 S R P Triple viral	VAC23	Primera 1 año	
	VAC24	Refuerzo 6 años	
	VAC25	Para completar esquemas 2 a 9 años	
128 S R Doble viral	VAC26	1 a 4 años	
	VAC27	10 a 19 años	
	VAC28	20 a 29 años	
	VAC29	30 y más años	
	VAC30	Primera dosis mujeres de primer grado de primaria y 11 años no escolarizadas	

		Clave	Variable	Total
130 SABIN		VAC33	Refuerzo 6 a 11 meses	
		VAC34	Refuerzo 1 a 2 años	
		VAC35	Refuerzo 3 a 4 años	
131 Varicela		VAC36	Primera 1 a 3 años	
		VAC37	Segunda 4 a 5 años	
		VAC38	Población de riesgo	
		VAC39	10 a 19 años	
Embarazadas	Primera	VAC40	20 y más años	
		VAC47	10 a 19 años	
		VAC48	20 y más años	
Embarazadas	Segunda	VAC55	10 a 19 años	
		VAC56	20 y más años	
		VAC41	15 a 39 años	
Primera	Mujeres No Embarazadas	VAC42	40 a 59 años	
		VAC43	60 y más años	
		VAC44	15 a 39 años	
Primera	Hombres	VAC45	40 a 59 años	
		VAC46	60 y más años	
		VAC49	15 a 39 años	
Segunda	Mujeres No Embarazadas	VAC50	40 a 59 años	
		VAC51	60 y más años	
		VAC52	15 a 39 años	
Segunda	Hombres	VAC53	40 a 59 años	
		VAC54	60 y más años	
		VAC57	15 a 39 años	
Refuerzo	Mujeres No Embarazadas	VAC58	40 a 59 años	
		VAC59	60 y más años	
		VAC60	15 a 39 años	
Refuerzo	Hombres	VAC61	40 a 59 años	
		VAC62	60 y más años	
		VAC63	A partir de la semana 20 de gestación	
133 Tdpa Embarazada				
134 Tifoidica		BIO48	Todas las edades	
275 Hexavalente		VAC67	Primera 2 a 11 meses	
		VAC68	Segunda 4 a 11 meses	
		VAC69	Tercera 6 a 11 meses	
		VAC70	Cuarta 18 a 23 meses	
		VAC71	Para completar esquema 1 a 4 años	

Aplicación de biológicos

ANEXO 5

JORNADAS NACIONALES DE SALUD PÚBLICA 2020  
HOJA DIARIA DE PALOTEO DE ACTIVIDADES ADICIONALES POR UNIDAD DE SALUD



ENTIDAD FEDERATIVA: \_\_\_\_\_ INSTITUCIÓN \_\_\_\_\_ JURISDICCIÓN/DELEGACIÓN \_\_\_\_\_ UNIDAD DE SALUD \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
MUNICIPIO \_\_\_\_\_ LOCALIDAD \_\_\_\_\_ JORNADA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA\* \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD	POBLACIÓN	ACTIVIDADES POR INSTITUCIÓN					TOTAL	
		SÁBADO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES		VIERNES
SOBRES "VIDA SUERO ORAL"								
VITAMINA "A"	6 meses a 4 años							
ALBENDAZOL	2 a 4 años							
	5 a 9 años							
	10 a 14 años							
	TOTAL							
MENSAJES DEL PERSONAL DE SALUD	ENFERMEDADES DIARRÉICAS AGUDAS							
	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS							
	TÉTANOS NEONATAL							
	TOTAL							

\* Anote el número de Jornada Nacional de Salud Pública que se está informando.  
Los datos deben ser validados por el Responsable del Programa de cada Institución con nombre y firma.

\_\_\_\_\_ RESPONSABLE SECRETARÍA DE SALUD

\_\_\_\_\_ RESPONSABLE IMSS ORDINARIO

\_\_\_\_\_ RESPONSABLE IMSS BIENESTAR

\_\_\_\_\_ RESPONSABLE ISSSTE

*[Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature and several initials.]*



ANEXO 6

JORNADAS NACIONALES DE SALUD PÚBLICA 2020  
METAS DE ACTIVIDADES ADICIONALES POR ENTIDAD FEDERATIVA SEGÚN INSTITUCIÓN

SNS-METAS-EF-AA



ENTIDAD FEDERATIVA: \_\_\_\_\_

JORNADA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA\* \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD	POBLACIÓN	SSA	IMSS		ISSSTE	SEDENA	SEMAR	PEMEX	CNDI	DIF	OTRAS	TOTAL
			ORDINARIO	BIENESTAR								
SOBRES "VIDA SUERO ORAL"												
VITAMINA "A"	6 meses a 4 años		0									0
	2 a 4 años		0									0
ALBENDAZOL	5 a 9 años		0									0
	10 a 14 años		0									0
	TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MENSAJES DEL PERSONAL DE SALUD	ENFERMEDADES DIARRÉICAS AGUDAS											0
	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS											0
	TÉTANOS NEONATAL											0
	TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

\*Anotar 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.  
Enviar a CeNSIA al correo: censia.info@salud.gob.mx

\_\_\_\_\_  
RESPONSABLE SECRETARÍA DE SALUD

\_\_\_\_\_  
RESPONSABLE IMSS ORDINARIO

\_\_\_\_\_  
RESPONSABLE IMSS PROSPERA

\_\_\_\_\_  
RESPONSABLE ISSSTE



## JORNADAS NACIONALES DE SALUD PÚBLICA 2020

### RECURSOS FÍSICOS Y HUMANOS POR INSTITUCIÓN

ENTIDAD FEDERATIVA: \_\_\_\_\_

JORNADA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA\* \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

RECURSOS		RECURSOS POR INSTITUCIÓN										TOTAL		
		SSA	IMSS		ISSSTE	SEDENA	SEMAR	PEMEX	CNDI	DIF	OTRAS			
			ORDINARIO	BIENESTAR										
PUESTOS DE VACUNACIÓN	1. Fijos (Unidades de Salud)												0	
	2. Semifijos (Sitios de concentración)												0	
	3. Móviles (Brigadas)	Del Programa Permanente												0
		De la Jornada Nacional												0
		Motorizadas (BIENESTAR)												0
		Subtotal Móviles												0
TOTAL		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
VACUNADORES DE CONTRATO	Del Programa Permanente												0	
	De la Jornada Nacional de Salud Pública												0	
	TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
VOLUNTARIOS:													0	

Anote el número de Jornada Nacional de Salud Pública que se está informando.  
 Los datos deben ser validados por el Responsable del Programa de cada Institución con nombre y firma.  
 Envíe a CeNSIA al correo: [censia.info@salud.gob.mx](mailto:censia.info@salud.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
 RESPONSABLE SECRETARÍA DE SALUD

\_\_\_\_\_  
 RESPONSABLE IMSS ORDINARIO

\_\_\_\_\_  
 RESPONSABLE IMSS BIENESTAR

\_\_\_\_\_  
 RESPONSABLE ISSSTE





**JORNADAS NACIONALES DE SALUD PÚBLICA 2020**  
**INFORME PRELIMINAR DE ACTIVIDADES POR INSTITUCION**

ENTIDAD FEDERATIVA: \_\_\_\_\_

JORNADA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA \* \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD	ACTIVIDADES POR INSTITUCION										TOTAL
	SSA	IMSS		ISSSTE	SEDENA	SEMAR	PEMEX	CNDI	DIF	OTRAS	
		ORDINARIO	BIENESTAR								
BCG											0
PENTAVALENTE ACELULAR											0
HEPATITIS B											0
DPT											0
ROTAVIRUS											0
HEXAVALENTE											0
NEUMOCÓCICA CONJUGADA											0
NEUMOCÓCICA POLISACÁRIDA (23)											0
SRP TRIPLE VIRAL											0
SR DOBLE VIRAL											0
VPH											0
SABIN											0
Td											0
Tdpa											0
SOBRES "VSO"											0
VITAMINA "A"											0
ALBENDAZOL											0
MENSAJES DEL PERSONAL DE SALUD	ENFERMEDADES DIARRÉICAS AGUDAS										0
	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS										0
	TÉTANOS										0
	<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

\* ANOTE EL NÚMERO DE JORNADA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA QUE SE ESTÁ INFORMANDO.

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y CARGO DE QUIEN PROPORCIONA LA INFORMACIÓN





**SALUD**

**ANEXO 9**

**Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud  
Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia  
Informe de Metas y Registro de Aplicación de biológico, Antinfluenza Estacional**

Nombre del Estado: \_\_\_\_\_

Nombre del Responsable de Vacunación \_\_\_\_\_

SIS 2017-2018

Del de \_\_\_\_\_ al de \_\_\_\_\_ Año: 2020

BIOLÓGICO	DOSIS / GRUPO POBLACIONAL	TOTAL	SECRETARIA DE SALUD	IMSS ORDINARIO	IMSS BIENESTAR	ISSSTE
Población blanco	PRIMERA	6 a 11 meses	0			
		12 a 23 meses	0			
		24 a 35 meses	0			
		36 a 47 meses	0			
		48 a 59 meses	0			
	SEGUNDA	7 a 11 meses	0			
		12 a 23 meses	0			
		24 a 35 meses	0			
		36 a 47 meses	0			
		48 a 59 meses	0			
	DOSIS ANUAL REVACUNACION	18 a 23 meses	0			
		24 a 35 meses	0			
		36 a 47 meses	0			
		48 a 59 meses	0			
		60 años y más	0			
Población de riesgo de 5 a 59 años	GRUPOS DE RIESGO	EMBARAZADAS	0			
		PERSONAL DE SALUD EN UNIDADES MÉDICAS	0			
	PERSONAS CON VIH	5 A 9 AÑOS	0			
		10 A 19 AÑOS	0			
		20 A 59 AÑOS	0			
	PERSONAS CON DIABETES MELLITUS	5 A 9 AÑOS	0			
		10 A 19 AÑOS	0			
		20 A 59 AÑOS	0			
	PERSONAS CON OBESIDAD MÓRBIDA	5 A 9 AÑOS	0			
		10 A 19 AÑOS	0			
		20 A 59 AÑOS	0			
	PERSONAS CON CARDIOPATIAS	5 A 9 AÑOS	0			
		10 A 19 AÑOS	0			
		20 A 59 AÑOS	0			
	PERSONAS CON ASMA SIN CONTROL O PARCIALMENTE CONTROLADO	5 A 9 AÑOS	0			
10 A 19 AÑOS		0				
20 A 59 AÑOS		0				
PERSONAS CON CÁNCER	5 A 9 AÑOS	0				
	10 A 19 AÑOS	0				
	20 A 59 AÑOS	0				
OTROS	5 A 59 AÑOS	0				
<b>Total de dosis aplicadas</b>		<b>0</b>				

Informe preliminar, hasta ser validado por los COEVA's.

*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*





















