



GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE LA
DEFENSA NACIONAL

MARINA
SECRETARÍA DE MARINA

SNDIF
SECRETARÍA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA CIUDAD

 **ISSSTE**
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SALUD PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

 **PEMEX**
POR EL REGATE DE LA SOBERANÍA

 **IMSS**
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

 **SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR**

Como persona mayor de 60 años y más tienes derecho a recibir una Cartilla Nacional de Salud como ésta. 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, IMSS, Programa IMSS Bienestar, Servicios de Salud IMSS-BIENESTAR, ISSSTE, DIF, PEMEX, SEDENA, SEMAR, así como del sector privado.

Además, la Cartilla servirá para el registro de tus próximas citas a los diferentes servicios de atención a la salud.



CARTILLA NACIONAL DE SALUD

**ESTE DOCUMENTO ES GRATIS
Y SU ENTREGA NO ESTÁ SUJETA
A CAMBIO DE NADA**

**DE LAS PERSONAS MAYORES
(60 AÑOS Y MÁS)**

CADA VEZ QUE ACUDAS A LA UNIDAD DE SALUD VERIFICA QUE EL PERSONAL DE SALUD:

- Revise tu Cartilla Nacional de Salud.
- Registre tu peso y estatura.
- Aplique las vacunas que te correspondan.
- Informe sobre las acciones necesarias para prevenir enfermedades, accidentes y lesiones.
- Realice las detecciones de acuerdo con tu edad.
- 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 cita en tu unidad de salud prográmala en:

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

Clave Única de Registro de Población (CURP):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FOTOGRAFÍA

¿SE RECONOCE INDÍGENA?: SI NO

IDENTIFICACIÓN

TIPO DE SANGRE: _____

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

No. AFILIACIÓN/MATRÍCULA/EXPEDIENTE: _____

UNIDAD MÉDICA: _____

CONSULTORIO No. _____

DATOS GENERALES

SEXO _____

DOMICILIO: _____

CALLE Y NÚMERO

COLONIA/LOCALIDAD

MUNICIPIO O ALCALDÍA

CÓDIGO POSTAL

ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

LOCALIDAD

DÍA

MES

AÑO

MUNICIPIO O ALCALDÍA/ENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS

CUIDADOR PRIMARIO:

NOMBRE

PARENTESCO

TELÉFONO

ANTECEDENTES

	¿CUÁL?	EDAD DE DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO/REHABILITACIÓN Y HABILITACIÓN
Alergias			
Discapacidad			
Cáncer			
Cirugías			
Hipertensión			
Diabetes			
Tuberculosis	INICIO DE TRATAMIENTO		FIN DE TRATAMIENTO
Otras enfermedades			
Transfusiones	TIPO DE TRANSFUSIÓN		FECHA DE ÚLTIMA TRANSFUSIÓN

MÉDICA

CITAS			RÚBRICA O CLAVE
FECHA	HORA	SERVICIO	

ATENCIÓN

CITAS			RÚBRICA O CLAVE
FECHA	HORA	SERVICIO	

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Acude a tu **unidad de salud** a recibir **orientación y capacitación** sobre los servicios de salud a los que tienes derecho y las medidas a seguir para tener una vida más saludable. También puedes consultar la página “**Tu Salud**” a través del siguiente QR.



Solicita al personal de salud información sobre estos temas:

No.	TEMA	FECHA
1	Higiene personal y salud bucal	
2	Envejecimiento saludable	
3	Detección de enfermedades (bajo peso, sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemias)	
4	Salud mental (depresión, ansiedad y deterioro cognitivo)	
5	Salud sexual (infecciones de transmisión sexual y VIH)	
6	Prevención y tratamiento de adicciones (tabaco, alcohol y otras sustancias)	
7	Prevención y detección de violencia (física, psicológica, abandono y sexual, etc.)	
8	Prevención de accidentes y lesiones (caídas)	
9	Signos de alarma ante deshidratación e infecciones respiratorias	
10	Prevención y detección de cáncer (de mama, de cuello uterino, de próstata)	
11	Entornos favorables a la salud (laboral, vivienda, patio limpio)	
12	Incorporación de Grupos de Ayuda Mutua (sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, adicciones)	
13	Otros (vacunación, tuberculosis, etc)	

NUTRICIÓN

ÍNDICE DE MASA CORPORAL (kg /m²)

PASOS PARA CALCULAR EL IMC:	Ejemplo: Adulta de 60 años, pesa 50 kg y mide 1.54 m				
	Paso 1 Se multiplica la estatura por la estatura	1.54 x 1.54 = 2.37			
	Paso 2 Se divide el peso sobre el valor obtenido en el paso 1	50 ÷ 2.37= 21.1			
	Paso 3 IMC =	21.1			
	PESO NORMAL	SOBREPESO		OBESIDAD	
	Mín.	Máx.	Mín.	Máx.	Igual o mayor de
IMC	18.5	27.9	28	31.9	≥32

Fuente: NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. Apéndice informativo A.1 Puntos de corte de los indicadores antropométricos

SI PIERDES MÁS DE 3kg DE PESO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, ACUDE A UNIDAD DE SALUD POR ORIENTACIÓN

RIESGO PARA LA SALUD SEGÚN TAMAÑO DE LA CINTURA

SEXO	NORMAL	RIESGO
MUJER	80.0 cm O MENOS	MÁS DE 80.0 cm
HOMBRE	90.0 cm O MENOS	MÁS DE 90.0 cm

Fuente: Datos de la Federación Internacional de Diabetes, FID y ENSA 2000

UNA ALIMENTACIÓN ADECUADA, HACER EJERCICIO Y MANTENER UN PESO EN EL RANGO DE LO NORMAL, TE AYUDA A EVITAR O CONTROLAR LA DIABETES Y LA HIPERTENSIÓN

VALORES DE REFERENCIAS NORMAL

CIRCUNFERENCIA BRAZO	CIRCUNFERENCIA PIERNA (PANTORRILLA)
≥ 22 cm	≥ 31 cm

Fuente: Mini Nutritional Assessment (MNA®)

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

ATENCIÓN EN LA POSTMENOPAUSIA (SÓLO POR PERSONAL MÉDICO)

ACCIÓN	MOLESTIAS Y COMPLICACIONES QUE EVITA	FRECUENCIA	FECHA DE CONSULTA
ORIENTACIÓN (Medidas preventivas, higiénico dietéticas y ejercicio regular)	Pérdida de energía; bochornos; irritabilidad; depresión; ansiedad; alteraciones del sueño, la concentración y la memoria; pérdida de masa muscular; osteoporosis; problemas genitourinarios y los relacionados con el placer, capacidad e interés sexual.	SEGÚN CRITERIO MÉDICO	
TERAPIA SINTOMÁTICA			
TERAPIA FARMACOLÓGICA ESPECÍFICA			
NOTA: EN MUJERES A PARTIR DE LOS 40 AÑOS SE DEBERÁ REALIZAR MASTOGRAFÍA CADA DOS AÑOS HASTA LOS 69 AÑOS			

SOLICITA INFORMACIÓN PERSONALIZADA PARA TU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

PROMOCIÓN Y OTORGAMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

ACCIÓN	FECHA
ORIENTACIÓN	
ENTREGA DE CONDÓN PARA PREVENCIÓN DE ITS Y VIH	
VASECTOMÍA	

ORIENTACIÓN (Derechos sexuales y reproductivos)	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA

LA EDAD NO PROTEGE CONTRA EL VIH Y OTRAS INFECCIONES SEXUALES, ¡EL CONDÓN SÍ!
USA UN CONDÓN NUEVO EN CADA RELACIÓN SEXUAL, SON GRATUITOS EN TODAS LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD

DETECCIÓN DE ENFERMEDADES

NOMBRE DEL ESTUDIO	ENFERMEDAD QUE IDENTIFICA	FECHA DE TOMA	RESULTADO

NUTRICIÓN

EVALUACIÓN Y VIGILANCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL SE RECOMIENDA EL CONTROL POR LO MENOS UNA VEZ AL AÑO

FECHA	PESO (kg)	ESTATURA (m)	IMC (kg/m ²)	CINTURA (cm)	CIRCUNFERENCIA DE BRAZO/PIERNA (cm)	EVALUACIÓN NUTRICIONAL



El **etiquetado frontal de advertencia** tiene 5 sellos en forma de octágonos. Te ayuda a identificar que comidas y bebidas tienen una alta cantidad de ingredientes que en **exceso** ponen en **riesgo tu salud**.

Revisa el etiquetado frontal: entre más sellos tenga un producto, mayor daño causa a tu salud.
Elige alimentos saludables y agua simple para cuidarte.

Orientación Alimentaria (prevenir sobrepeso u obesidad)	FECHA	FECHA	FECHA
	FECHA	FECHA	FECHA
	FECHA	FECHA	FECHA

ACTIVIDAD FÍSICA

Moderada

Mínimo de 150 a 300 minutos semanales.
Bicicleta, caminata rápida, baile, etc.



Vigorosa

Mínimo de 75 a 150 minutos semanales.
Trotar, correr, natación, fútbol, baloncesto, etc.



Combinación

Actividad física moderada con vigorosa



Fortalecimiento muscular



Mínimo 2 veces por semana.
Subir escaleras, levantar pesas, hacer lagartijas, etc.

Equilibrio



Mínimo 3 veces por semana.
Equilibrio con un pie, si es posible yoga o tai chi. Se aconseja tener una silla o a una persona cerca para sujetarse si se siente inestable.



Mejor descanso, Menos estrés y depresión
Disminución de riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, algunos tipos de cáncer y caídas.

La actividad física debe ser adecuada a tus condiciones de salud, acude a tu unidad de salud para orientación.

Limita el tiempo dedicado a actividades sedentarias, como ver televisión, uso excesivo de celular o computadoras.

ENFERMEDADES

FECHA DE TOMA	RESULTADO	FECHA DE TOMA	RESULTADO	FECHA DE TOMA	RESULTADO

Fuente: Guías Alimentarias Saludables y Sostenibles para la Población Mexicana 2023.
CDC How much physical activity do adults need. Physical Activity Guidelines for Americans 2nd edition

DETECCIÓN DE

NOMBRE DEL ESTUDIO	ENFERMEDAD QUE IDENTIFICA	RECOMENDACIÓN
EXAMEN CLÍNICO DE MAMA	CÁNCER DE MAMA	CADA AÑO HASTA LOS 69 AÑOS
MASTOGRAFÍA	CÁNCER DE MAMA	CADA 2 AÑOS HASTA LOS 69 AÑOS
CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU)	CÁNCER DE CUELLO UTERINO	CADA 3 AÑOS HASTA LOS 64 AÑOS (DESPUÉS DE DOS RESULTADOS NEGATIVOS) EN MUJERES MAYORES DE 64 AÑOS, SOLO DOS ESTUDIOS NEGATIVOS CON DIFERENCIA DE UN AÑO
TACTO RECTAL	CRECIMIENTO PROSTÁTICO BENIGNO/CÁNCER DE PRÓSTATA	CADA 2 AÑOS DESPUÉS DE 2 RESULTADOS NEGATIVOS CON DIFERENCIA DE 1 AÑO
ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO		
DETECCIÓN de VIH, sífilis, VHC	INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	MEDIANTE PRUEBA RÁPIDA, PREVIA CONSEJERÍA

EL CÁNCER DE MAMA, DEL CUELLO UTERINO Y DE PRÓSTATA, SON CURABLES CUANDO SE DETECTAN A TIEMPO
¡SOLICITA SU DETECCIÓN!

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y LESIONES

Algunas medidas para hacer tu hogar seguro:

- Evita objetos en el piso y muebles que obstruyan el paso
- Usa zapatos con suela antiderrapante y evita agujetas
- Fija alfombras y tapetes e ilumina adecuadamente tu hogar
- Cerciórate de apagar la estufa, plancha y cerrar la llave del gas
- No te automediques, siempre informa al personal de salud todos los medicamentos que tomas

LAS CAÍDAS SON ACCIDENTES FRECUENTES Y GRAVES EN LAS PERSONAS MAYORES.



Si has presentado 2 o más caídas en el año, acude a tu unidad de salud y dile al personal para que te oriente.

ACCIÓN		FECHA			
INFORMACIÓN, ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA	Caídas				
	Envenenamiento /Intoxicaciones				
	Otros				

¡CUÍDATE! LAS CAÍDAS PUEDEN OCURRIR DENTRO Y FUERA DE TU CASA.

ESQUEMA DE

ENFERMEDADES

Vacuna	Enfermedades que previene	Dosis	Edad de vacunación oportuna y grupo de intervención	Fecha de vacunación	Lote de la vacuna	
Neumocócica	Neumonía por neumococo	Personas de 60 años y más, sin factores de riesgo				
		Única Neumocócica conjugada	A partir de los 60 años			
		Personas de 60 años y más, con factores de riesgo				
		Única Neumocócica conjugada	A partir de los 60 años			
		Refuerzo Neumocócica polisacárida	12 meses después de recibir la vacuna antineumocócica conjugada			
Influenza Estacional	Neumonía por virus de la influenza A y B	Dosis anual (Temporada invernal)				

FECHA DE TOMA	RESULTADO	FECHA DE TOMA	RESULTADO	FECHA DE TOMA	RESULTADO

DETECCIÓN DE

VACUNACIÓN*

NOMBRE DEL ESTUDIO	ENFERMEDAD QUE IDENTIFICA	RECOMENDACIÓN
MEDICIÓN DE GLUCOSA EN SANGRE CAPILAR	DIABETES MELLITUS	CADA 3 AÑOS
MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	CADA AÑO
MEDICIÓN DE COLESTEROL	HIPERCOLESTEROLEMIA	CADA 3 AÑOS Hasta los 74 años de edad en población no diabética o no hipertensa
BACILOSCOPIA	TUBERCULOSIS PULMONAR	Si presentas tos con flemas por más de 15 días
PERFIL DE LÍPIDOS	DISLIPIDEMIAS	CADA 3 AÑOS En población no diabética o no hipertensa

Vacuna	Enfermedades que previene	Dosis		Edad de vacunación oportuna y grupo de intervención	Fecha de aplicación	Lote de la vacuna
		Con esquema completo	Re-fuerzo			
Td	Tétanos y Difteria	Con esquema completo	Re-fuerzo	Cada 10 años		
		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		
COVID-19**	Formas graves de la COVID-19	Reforzamiento		12 meses después de la última dosis***		
Otras vacunas						

* De conformidad con los Lineamientos Generales de Vacunación vigentes.

** Esquema sujeto a los lineamientos vigentes según tipo de vacuna contra la COVID-19.

*** A fin de disminuir las oportunidades perdidas de vacunación, el intervalo mínimo podrá ser de 4 meses.

SALUD MENTAL Y ADICCIONES

ACCIÓN		FECHA					
SESIONES O DINÁMICAS INFORMATIVAS	TABACO Y ALCOHOL						
	OTRAS SUSTANCIAS						
ORIENTACIÓN/ CONSEJERÍA							
TAMIZAJE DE DEPRESIÓN							
TAMIZAJE DE DEMENCIAS							
OTRAS ACCIONES							

Si te has sentido triste, ansiosa(o), te enojas fácilmente o sin razón, has perdido interés por las cosas que antes te gustaban o has pensado que sería mejor no estar viva(o), acude a tu unidad de salud para que te orienten y apoyen.

FUMAR MATA, EL ABUSO DE ALCOHOL DAÑA TU SALUD.
Orientación telefónica gratuita para atención en Salud Mental
y Adicciones, en la **Línea de Vida (800 911 2000)**
24 horas, 7 días de la semana.

ICOPE el personal de salud)

FECHA				RESULTADO QUE AMERITA EVALUACIÓN COMPLEMENTARIA Y/O REFERENCIA
<input type="checkbox"/>	sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sí <input type="checkbox"/>	Respuesta afirmativa a cualquiera de las dos preguntas.
<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sí <input type="checkbox"/>	Tarda más de 14 segundos en levantarse de la silla 5 veces o no puede hacerlo. Tarda más de 5 segundos en recorrer 4 metros.
<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sí <input type="checkbox"/>	Respuesta afirmativa a cualquiera de las dos preguntas.
<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sí <input type="checkbox"/>	Respuesta afirmativa a cualquiera de las tres preguntas.
<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

TAMIZAJE

(Para ser llenado por

PRUEBA

El personal de salud te realizará las siguientes pruebas para valorar tu estado de salud y según los resultados orientarte para un envejecimiento saludable.

ESTADO DE ÁNIMO

En las últimas 2 semanas:

¿Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanza?
¿Ha sentido poco interés o placer en hacer cosas?

MOVILIDAD

Pida que se levante 5 veces seguidas de una silla sin ayuda y sin usar los brazos, tome el tiempo.

Pida que camine 4 metros de distancia en terreno plano a velocidad habitual, tome el tiempo que tarda.

RIESGO DE CAÍDAS

Pregunte si:

¿Ha tenido 2 caídas en los últimos 12 meses?
¿Tiene miedo de caer?

RIESGOS SOCIALES

¿Tiene dificultad para cubrir sus gastos?
¿Ha sentido soledad?
¿Tiene dificultad para participar en actividades que son de su interés o importantes para usted?

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES



SALUD BUCAL

ACUDE A TU UNIDAD DE SALUD CADA SEIS MESES O AL MENOS UNA VEZ AL AÑO PARA PREVENIR CARIES DENTAL Y ENFERMEDADES DE LA ENCÍA

ACCIÓN	FECHA		
ENSEÑANZA DE USO DEL HILO DENTAL	1er semestre		
	2º semestre		
ENSEÑANZA DE LA TÉCNICA DE CEPILLADO DENTAL	1er semestre		
	2º semestre		
DETECCIÓN DE PLACA BACTERIANA	1er semestre		
	2º semestre		
REVISIÓN DE TEJIDOS BUCALES E HIGIENE DE PRÓTESIS	1er semestre		
	2º semestre		

Prevención de otras enfermedades


ACCIÓN	FECHA		
PREVENCIÓN DE ITS Y VIH (Orientación-consejería)			
QUIMIOPROFILAXIS TUBERCULOSIS PULMONAR	Inicio de tratamiento		
	Fin de tratamiento		
CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PROSTÁTICOS	FECHA	RESULTADO	
	FECHA	RESULTADO	

TAMIZAJE

(Para ser llenado por

ICOPE

el personal de salud)

	PRUEBA El personal de salud te realizará las siguientes pruebas para valorar tu estado de salud y según los resultados orientarte para un envejecimiento saludable	FECHA				RESULTADO QUE AMERITA EVALUACIÓN COMPLEMENTARIA Y/O REFERENCIA
	COGNICIÓN Decir 3 palabras y pedir que las memorice. Preguntar fecha completa y lugar en que se encuentra. Pedir que recuerde las 3 palabras	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Responde incorrectamente o no sabe la fecha completa o el lugar en que se encuentra, o no recuerda las 3 palabras.
	NUTRICIÓN Realizar las siguientes preguntas: ¿Ha perdido 3 kg o más en los últimos 3 meses, sin proponérselo? ¿Tiene disminución o pérdida del apetito?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Respuesta afirmativa a cualquiera de las preguntas.
	SALUD VISUAL ¿Tienes algún problema de la vista? (Trabajo para ver de lejos o leer, tener alguna enfermedad ocular, diabetes o hipertensión)	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Respuesta afirmativa a tener problemas de la vista.
	SALUD AUDITIVA Pasa la prueba de los susurros Audiometría ≤ 35 dB, o supera prueba electrónica de dígitos sobre fondo de ruido (hearWHO)	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	No pasa alguna de las pruebas realizadas.

Orientación en cada uno de los aspectos de evaluación del ICOPE	FECHA	FECHA	FECHA
	FECHA	FECHA	FECHA
	FECHA	FECHA	FECHA
	FECHA	FECHA	FECHA