



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 mujer de 20 a 59 años de edad 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**

**MUJERES  
DE 20 A 59 AÑOS**

## CADA VEZ QUE ACUDES 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.













## DETECCIÓN DE

NOMBRE DEL ESTUDIO/ ENFERMEDAD QUE IDENTIFICA	RECOMENDACIONES
EXAMEN CLÍNICO DE MAMA CÁNCER DE MAMA	<b>CADA AÑO</b> A partir de los 25 años de edad
MASTOGRAFÍA CÁNCER DE MAMA	<b>CADA 2 AÑOS</b> A partir de los 40 años de edad. En sospecha de cáncer de mama/ovario hereditario en familiares de primera línea, realizar 10 años antes de la edad del diagnóstico de cáncer del familiar afectado.
CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) CÁNCER DE CUELLO UTERINO	<b>CADA 3 AÑOS</b> A partir de los 25 años (después de dos resultados negativos).
Detección de VIH, sífilis, VHC INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	Mediante prueba rápida, previa consejería.

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

## ACTIVIDAD FÍSICA

Moderada	Vigorosa	Combinación
Mínimo de 150 a 300 minutos semanales. Bicicleta, caminata rápida, baile, etc.	Mínimo de 75 a 150 minutos semanales. Trotar, correr, natación, fútbol, baloncesto, etc.	Actividad física moderada con vigorosa
		
<b>+</b>		
<b>Fortalecimiento muscular</b>		
		Mínimo 2 veces por semana. Subir escaleras, levantar pesas, hacer lagartijas, etc.
<b>=</b>		
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.

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

## ESQUEMA DE

Vacuna	Enfermedades que previene	Dosis		Edad de vacunación oportuna y grupo de intervención	Fecha de aplicación	Lote de la vacuna
SR (Hasta los 39 años de edad 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 dosis		
		Con esquema incompleto	Única	En el primer contacto		
Td	Tétanos y Difteria	Con esquema completo	Refuerzo	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				
Tdpa	Tétanos, Difteria y Tosferina	Única		A partir de la semana 20 del embarazo		

- \* 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.
- ♦ Puede aplicarse en cualquier trimestre del embarazo.

## LA VIOLENCIA SE PUEDE MEDIR

### ESTAS SON ALGUNAS FORMAS DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

**No estás sola,  
¡Podemos ayudarte!**

**Si la violencia no se detecta y detiene a tiempo podría aumentar en frecuencia e intensidad**

**¡Ten cuidado!**



- 30 Homicidio/feminicidio
- 29 Ataque con objetos o armas
- 28 Intento de estrangulamiento
- 27 Violar
- 26 Quemaduras
- 24 Cachetadas, puñetazos o patadas
- 23 Manoseos, abuso sexual
- 22 Empujones o jalones
- 21 Prohibir anticonceptivos o métodos para prevenir ITS
- 19 Disponer del dinero o bienes, sin consentimiento de la mujer
- 18 No aportar para el sustento familiar, contando con recursos
- 17 Controlar los recursos económicos de la mujer
- 16 Impedir que la mujer trabaje
- 15 Manipulación de hijas e hijos
- 14 Amenazas
- 13 Descalificaciones
- 12 Manipulación
- 11 Control
- 10 Humillaciones
- 9 Celos

Ubica las unidades que cuentan con atención especializada en violencia de género y sexual



# SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

## ATENCIÓN EN LA PERIMENOPAUSIA Y POSTMENOPAUSIA

(SÓLO POR PERSONAL MÉDICO)

ACCIÓN	MOLESTIAS Y COMPLICACIONES QUE EVITA	INICIO	FRECUENCIA	FECHA DE CONSULTA	
<b>ORIENTACIÓN</b> (Sobre 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 relacionados con el placer, capacidad e interés sexual,	ANTE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS	SEGÚN CRITERIO MÉDICO		
<b>TERAPIA SINTOMÁTICA</b>					
<b>TERAPIA FARMACOLÓGICA ESPECÍFICA</b>					

NOTA: EN MUJERES A PARTIR DE LOS 40 AÑOS SE DEBERÁ REALIZAR MASTOGRAFÍA CADA DOS AÑOS

¡PROTÉGETE DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y DEL VIH!

USA UN CONDÓN NUEVO EN CADA RELACIÓN SEXUAL, SON GRATUITOS EN TODAS LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD

ACCIÓN	FECHA				
<b>CONSEJERÍA</b> (Derechos sexuales y reproductivos y calidad de la atención)					

# VACUNACIÓN\*

Vacuna	Enfermedades que previene	Dosis		Edad de vacunación oportuna y grupo de intervención	Fecha de aplicación	Lote de la vacuna
<b>Influenza Estacional</b>	Neumonía por virus de la Influenza A y B	Dosis Anual (temporada invernal)		Cualquier trimestre del embarazo		
				Personas con factores de riesgo		
<b>COVID-19 **</b>	Formas graves de la COVID-19	Personas con factores de riesgo	Refuerzo ***	12 meses después de la última dosis o en el embarazo preferentemente a partir del segundo trimestre ♦		
<b>Otras vacunas</b>						

## PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y LESIONES

### ACCIONES

	FECHA				
	INFORMACIÓN				
ORIENTACIÓN/ CONSEJERÍA					

## Y REPRODUCTIVA

PLANIFICAR TU FAMILIA ES TU DERECHO, SOLICITA INFORMACIÓN

### VIGILANCIA PRENATAL Y ATENCIÓN DEL PARTO

EMBARAZO NÚMERO	CONSULTAS PRENATALES									TÉRMINO DEL EMBARAZO	ANTECEDENTE DE RIESGO OBSTÉTRICO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	A= Aborto P= Parto C= Cesárea	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 DE LA VAGINA, DOLORES DE PARTO O VEAS LUCECITAS, DEBES ACUDIR INMEDIATAMENTE A REVISIÓN AL HOSPITAL \_\_\_\_\_

EVITA RIESGOS DURANTE EL EMBARAZO Y TEN UNA EXPERIENCIA POSITIVA  
**¡ASISTE A TODAS TUS CONSULTAS!**

**SOLICITA INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS  
QUE PUEDES UTILIZAR DESPUÉS DEL PARTO**

### VIGILANCIA POSTPARTO

EMBARAZO NÚMERO	CONSULTAS			PROTECCIÓN ANTICONCEPTIVA POST-EVENTO OBSTÉTRICO		
	1	2	3	SI	NO	MÉTODO



# PREVENCIÓN

# DE ENFERMEDADES

ACCIÓN	FECHA		
<b>PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL INCLUYENDO VIH</b> Orientación-consejería			
<b>TRATAMIENTO TUBERCULOSIS PULMONAR</b>	Inicio de tratamiento		
	Fin de tratamiento		
<b>QUIMIOPROFILAXIS TUBERCULOSIS PULMONAR</b>	Inicio de tratamiento		
	Fin de tratamiento		

Aplique herramienta de **detección de violencia** contra las mujeres cuando considere pertinente.

### ¡ACTÍVATE!

Camina, trota, corre o realiza cualquier actividad física al menos 30 minutos diarios.

**Te da bienestar** y ayuda a controlar tu peso, presión y azúcar en la sangre.

**¡DEDÍCATE TIEMPO!**



## 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 ENCIÓN

ACCIÓN	FECHA		
DETECCIÓN DE PLACA BACTERIANA	1 <sup>er</sup>	semestre	
	2 <sup>o</sup>	semestre	
ENSEÑANZA DE LA TÉCNICA DE CEPILLADO DENTAL	1 <sup>er</sup>	semestre	
	2 <sup>o</sup>	semestre	
APLICACIÓN DE FLÚOR (AL MENOS UNA VEZ AL AÑO)	1 <sup>er</sup>	semestre	
	2 <sup>o</sup>	semestre	
ENSEÑANZA DE USO DEL HILO DENTAL	1 <sup>er</sup>	semestre	
	2 <sup>o</sup>	semestre	
REVISIÓN DE TEJIDOS BUCALES E HIGIENE DE PRÓTESIS	1 <sup>er</sup>	semestre	
	2 <sup>o</sup>	semestre	

## ATENCIÓN BUCAL A EMBARAZADAS

ADEMÁS DE LAS ACCIONES PREVENTIVAS, A PARTIR DEL 3er MES DEL EMBARAZO SE DEBERÁN REALIZAR TRES APLICACIONES DE FLÚOR. LAS APLICACIONES SERÁN CADA 2 MESES\*.

APLICACIÓN DE FLÚOR	1 <sup>er</sup> ESQUEMA			2 <sup>o</sup> ESQUEMA			3 <sup>er</sup> ESQUEMA		
	3 <sup>er</sup> MES	5 <sup>o</sup> MES	7 <sup>o</sup> MES	4 <sup>o</sup> MES	6 <sup>o</sup> MES	8 <sup>o</sup> MES	5 <sup>o</sup> MES	7 <sup>o</sup> MES	9 <sup>o</sup> MES
1 <sup>er</sup> EMBARAZO									
2 <sup>o</sup> EMBARAZO									

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