



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
MEDICIÓN DE GLUCOSA EN SANGRE CAPILAR	DIABETES MELLITUS	CADA 3 AÑOS A partir de los 20 años de edad
MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	CADA AÑO A partir de los 20 años de edad
MEDICIÓN DE COLESTEROL	HIPER-COLESTEROLEMIA	CADA 3 AÑOS A partir de los 45 años de edad en población no diabética o no hipertensa
		A partir de los 20 años si tienes obesidad o algún familiar directo con cardiopatía isquémica
BACILOSCOPIA	TUBERCULOSIS PULMONAR	Si presentas tos con flemas por más de 15 días
OTRAS DETECCIONES	DISLIPIDEMIAS PERFIL DE LÍPIDOS	CADA 3 AÑOS A partir de los 30 años de edad en población no diabética o no hipertensa

UNA ALIMENTACIÓN ADECUADA, HACER EJERCICIO Y MANTENER TU PESO TE AYUDA A EVITAR O CONTROLAR DIABETES E HIPERTENSIÓN.

NUTRICIÓN

EVALUACIÓN Y VIGILANCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL

SE RECOMIENDA MEDICIÓN DE PESO Y ESTATURA POR LO MENOS UNA VEZ AL AÑO

ESTATURA 20-39 AÑOS: _____ ESTATURA 40-49 AÑOS: _____ ESTATURA 50-59 AÑOS: _____

FECHA	CINTURA (cm)	PESO (kg)	ÍNDICE DE MASA CORPORAL (kg/m ²)	EVALUACIÓN			
				PESO BAJO	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Orientación Alimentaria (dos veces al año, para prevenir desnutrición, sobrepeso y obesidad)	FECHA	FECHA	FECHA
	FECHA	FECHA	FECHA
	FECHA	FECHA	FECHA
	FECHA	FECHA	FECHA

DETECCIÓN DE

NOMBRE DEL ESTUDIO/ ENFERMEDAD QUE IDENTIFICA	RECOMENDACIONES
EXAMEN CLÍNICO DE MAMA CÁNCER DE MAMA	CADA AÑO A partir de los 25 años de edad
MASTOGRAFÍA CÁNCER DE MAMA	CADA 2 AÑOS 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	CADA 3 AÑOS 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
		
+		
Fortalecimiento muscular		
		Mínimo 2 veces por semana. Subir escaleras, levantar pesas, hacer lagartijas, etc.
=		
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
 25 Cachetadas, puñetazos o patadas
 24 Manoseos, abuso sexual
 23 Empujones o jalones
 22 Prohibir anticonceptivos o métodos para prevenir ITS
 21 Disponer del dinero o bienes, sin consentimiento de la mujer
 20 No aportar para el sustento familiar, contando con recursos
 19 Controlar los recursos económicos de la mujer
 18 Impedir que la mujer trabaje
 17 Manipulación de hijas e hijos
 16 Amenazas
 15 Descalificaciones
 14 Manipulación
 13 Control
 12 Humillaciones
 11 Celos
 10
 9
 8
 7
 6
 5
 4
 3
 2
 1
 0

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	
ORIENTACIÓN (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		
TERAPIA SINTOMÁTICA					
TERAPIA FARMACOLÓGICA ESPECÍFICA					

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				
CONSEJERÍA (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
Influenza Estacional	Neumonía por virus de la Influenza A y B	Dosis Anual (temporada invernal)		Cualquier trimestre del embarazo		
				Personas con factores de riesgo		
COVID-19 **	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 ♦		
Otras vacunas						

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		
PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL INCLUYENDO VIH Orientación-consejería			
TRATAMIENTO TUBERCULOSIS PULMONAR	Inicio de tratamiento		
	Fin de tratamiento		
QUIMIOPROFILAXIS TUBERCULOSIS PULMONAR	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 ^{er}	semestre	
	2 ^o	semestre	
ENSEÑANZA DE LA TÉCNICA DE CEPILLADO DENTAL	1 ^{er}	semestre	
	2 ^o	semestre	
APLICACIÓN DE FLÚOR (AL MENOS UNA VEZ AL AÑO)	1 ^{er}	semestre	
	2 ^o	semestre	
ENSEÑANZA DE USO DEL HILO DENTAL	1 ^{er}	semestre	
	2 ^o	semestre	
REVISIÓN DE TEJIDOS BUCALES E HIGIENE DE PRÓTESIS	1 ^{er}	semestre	
	2 ^o	semestre	

ATENCIÓN BUCAL A EMBARAZADAS

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

APLICACIÓN DE FLÚOR	1 ^{er} ESQUEMA			2 ^o ESQUEMA			3 ^{er} ESQUEMA		
	3 ^{er} MES	5 ^o MES	7 ^o MES	4 ^o MES	6 ^o MES	8 ^o MES	5 ^o MES	7 ^o MES	9 ^o MES
1 ^{er} EMBARAZO									
2 ^o EMBARAZO									

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