

Matrícula: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha Nació: \_\_\_\_\_  
(Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre Completo) (Escribir dd/mm/aaaa)

Plantel: UAM AZCAPOTZALCO F. Chequeo: \_\_\_\_\_  
(Nombre de la Escuela o Facultad donde ingresó) (Escribir dd/mm/aaaa)

**I.- Módulo de Promoción a la Salud:**

Cartilla Nacional de Salud	Tiene cartilla Si ( ) No ( )	No lo trae ( ) Se le otorga ( )
Tema "Alimentación Correcta"	Sesión o plática Si ( ) No ( )	Con audiovisual Si ( ) No ( )
Tema "Actividad Física"	Sesión o plática Si ( ) No ( )	Con audiovisual Si ( ) No ( )
Tema "Salud Bucal"	Sesión o plática Si ( ) No ( )	Con audiovisual Si ( ) No ( )
Tema "Salud Sexual y Reproductiva"	Sesión o plática Si ( ) No ( )	Con audiovisual Si ( ) No ( )
Tema "Prevención de Adicciones"	Sesión o plática Si ( ) No ( )	Con audiovisual Si ( ) No ( )

**II.- Módulo de Evaluación Nutricional:**

Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Cint/Cad \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ ICC: \_\_\_\_\_  
(Escribir en kilos y gramos) (Escribir en metro y centímetros) Calcular el Índice de Masa Corporal

Valor Nutricional: Bajo Peso ( ) Normal ( ) Sobrepeso ( ) Obesidad ( ) Ac. Fólico: Si ( ) No ( )

**III.- Módulo de Esquema de Vacunación:**

"Primera Dosis", "Segunda Dosis", "Tercera Dosis" o "Dosis Refuerzo" aplicadas con previa valoración de riesgos

**Toxoide Td** \_\_\_\_\_  
(Tétanos y Difteria) PD, SD, TD, DR

**Hepatitis B** \_\_\_\_\_  
PD, SD

**Influenza** \_\_\_\_\_  
DR

**IV.- Módulo Prevención y Control de Enfermedades:**

Placa Bacteriana: Si ( ) No ( ) Cepillado Dental: Si ( ) No ( ) Hilo Dental: Si ( ) No ( )  
(Instruir en la técnica otorgando pastilla) (Instruir en técnica y otorgar cepillo dental) (Instruir en la técnica)

FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ **V.- Módulo de signos vitales y Detección de Enfermedades:** TEMP: \_\_\_\_\_ SATO2 \_\_\_\_\_

Glucosa: Ayuno ( ) Casual ( ) Sospecha: DM ( ) TA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sospecha: HAS ( )  
Cifra de Glucosa: \_\_\_\_\_ Prediabetes ( ) Escribir valor mmHg. Pre HAS ( )  
Escribir valor mg/dl. Anotar X = SI Anotar X = SI

Colesterol: \_\_\_\_\_ Sospecha HCT: ( )  
Escribir valor mg/dl. Anotar X = SI

Agudeza Visual: OD ( / ) OI ( / ) Normal ( ) Sospechoso ( ) Usa Lentes ( )  
(Escribir valores referidos en exploración) (Marcar el diagnóstico que corresponda)

**VI.- Módulo de Salud Sexual y Reproductiva:**

Entrega de Condón número: \_\_\_\_\_ Orientación sobre uso del Condón: Si ( ) No ( )  
(Número de condones como recordatorio de prevenir ITS) (Orientación sobre uso correcto y consistente del condón masculino)