



Cédula de Chequeo PrevenIMSS 2024



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 <small>(Tétanos y Difteria)</small>	_____
	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: _____ <small>Escribir valor mg/dl.</small>	Prediabetes () <small>Anotar X = SI</small>	<small>Escribir valor mmHg.</small>	Pre HAS () <small>Anotar X = SI</small>
Colesterol: _____ <small>Escribir valor mg/dl.</small>	Sospecha HCT: () <small>Anotar X = SI</small>		
Agudeza Visual: OD (/) OI (/)	Normal () Sospechoso () Usa Lentes ()		
<small>(Escribir valores referidos en exploración)</small>	<small>(Marcar el diagnóstico que corresponda)</small>		

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)