



**CONTESTAR POR EL ESTUDIANTE**

<b>IDENTIFICACIÓN (Anota o marca con una X el dato solicitado)</b>				Fecha Actual			Edad																												
Apellidos y Nombre: _____				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 33%;">Día</th> <th style="width: 33%;">Mes</th> <th style="width: 33%;">Año</th> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Día	Mes	Año				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">Años</th> <th style="width: 50%;">Meses</th> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> </table>		Años	Meses			Facultad a ingresar: _____																
Día	Mes	Año																																	
Años	Meses																																		
Licenciatura: _____				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">Estado civil</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">Género</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">Soltero</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 25%;">Femenino</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Casado</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>Masculino</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Unido</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>No me identifico</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Separado</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Estado civil			Género		Soltero	<input type="checkbox"/>		Femenino	<input type="checkbox"/>	Casado	<input type="checkbox"/>		Masculino	<input type="checkbox"/>	Unido	<input type="checkbox"/>		No me identifico	<input type="checkbox"/>	Separado	<input type="checkbox"/>				Teléfono: _____ Cel.: _____ Email: _____			
Estado civil			Género																																
Soltero	<input type="checkbox"/>		Femenino	<input type="checkbox"/>																															
Casado	<input type="checkbox"/>		Masculino	<input type="checkbox"/>																															
Unido	<input type="checkbox"/>		No me identifico	<input type="checkbox"/>																															
Separado	<input type="checkbox"/>																																		
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES ¿Alguien de mi familia padece de la siguiente enfermedad? (Anota o marca con una X el dato solicitado)</b>																																			
Diabetes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No	Obesidad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No	Cardiovasculares (Hipertensión, Enfermedades del Corazón o de la circulación) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No	Alergias <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No	Infecciones (Hospitalización, COVID-19) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No	Cáncer <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No	Problemas Psicológicos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No	Accidentes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No																												
Violencia Intrafamiliar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No	Alcohol, drogas, otros <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No	Antecedentes penales <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No	Madre y/o padre adolescente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No	Neurológicos (Epilepsia, EVC) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No	Malformaciones <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No	Otros <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____ _____																													
<b>FAMILIA (Anota o marca con una X el dato solicitado)</b>																																			
Vive <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Con familia <input type="checkbox"/> Con amigos <input type="checkbox"/> Otros		Convive con <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Madre  <input type="checkbox"/> Padre  <input type="checkbox"/> Madrastra  <input type="checkbox"/> Padrastro                 </td> <td style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Hermanos  <input type="checkbox"/> Pareja  <input type="checkbox"/> Hijo (s)  <input type="checkbox"/> Otros                 </td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hijo (s) <input type="checkbox"/> Otros		Nivel de Estudios <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="width: 33%;">Padre o sustituto</th> <th style="width: 33%;">Madre o sustituto</th> <th style="width: 33%;">Pareja</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Ninguno</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Primaria</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Secundaria</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Preparatoria</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Universidad</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				Padre o sustituto	Madre o sustituto	Pareja	Ninguno				Primaria				Secundaria				Preparatoria				Universidad				
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hijo (s) <input type="checkbox"/> Otros																																		
	Padre o sustituto	Madre o sustituto	Pareja																																
Ninguno																																			
Primaria																																			
Secundaria																																			
Preparatoria																																			
Universidad																																			
Trabajo <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="width: 33%;">Padre o sustituto</th> <th style="width: 33%;">Madre o sustituto</th> <th style="width: 33%;">Pareja</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Ninguno</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>No estable</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Estable</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>					Padre o sustituto	Madre o sustituto	Pareja	Ninguno				No estable				Estable				Ocupación: Padre o sustituto: _____ Madre o sustituto: _____ Pareja: _____		Apoyo social o subsidio: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tipo: _____ Percepción de la relación con la familia: Buena <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> No hay <input type="checkbox"/>													
	Padre o sustituto	Madre o sustituto	Pareja																																
Ninguno																																			
No estable																																			
Estable																																			
<b>VIVIENDA Y SERVICIOS ¿Cómo es el lugar en donde vivo? (Anota o marca con una X el dato solicitado)</b>																																			
Energía Eléctrica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hacinamiento (más de 2 personas por habitación) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Fuera del hogar Agua potable <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Excretas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Mascotas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Dentro del hogar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Casa Propia <input type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Prestada <input type="checkbox"/> Cuarto		<input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Semiurbana Internet <input type="checkbox"/> En casa <input type="checkbox"/> Familiar o Vecino <input type="checkbox"/> Datos Celular <input type="checkbox"/> Café Internet																													
<b>ANTECEDENTES PERSONALES ¿Qué enfermedades o problemas he padecido? (Anota o marca con una X el dato solicitado)</b>																																			
Alergias <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No	Discapacidad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No	Accidentes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No	Problemas durante el nacimiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No	Problemas durante el crecimiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No	Enfermedades Crónicas (de más de 6 meses) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No	Uso de medicamentos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No																													
Enfermedades Infectocontagiosas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No		COVID-19 <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No	Intoxicaciones <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No	Vacunas Completas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No Vacuna para COVID-19 Tipo: _____ Dosis: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Fecha de última dosis: _____		Violencia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No	Antecedentes penales <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No	Psicológicos y/o emocionales <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No																											
<b>TRABAJO (Anota o marca con una X el dato solicitado)</b>																																			
Actividad <input type="checkbox"/> Trabaja <input type="checkbox"/> Busca 1ª vez <input type="checkbox"/> No y no busca		Trabajo <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th style="width: 100%;">Horas por semana</th></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>	Horas por semana		Horario de trabajo <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Variable <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Todo el día <input type="checkbox"/> Fin de semana		Razones de trabajo <input type="checkbox"/> Economía <input type="checkbox"/> Autonomía <input type="checkbox"/> Apoyo Familiar <input type="checkbox"/> Negocio Familiar <input type="checkbox"/> Me gusta <input type="checkbox"/> Otra																												
Horas por semana																																			

VIDA SOCIAL (Anota o marca con una X el dato solicitado)					
<input type="checkbox"/> Aceptación	<input type="checkbox"/> Rechazado	Pareja Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Violencia en la pareja <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Amigos (as) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Actividad física _____ horas semanales TV: _____ horas al día Computadora _____ horas al día Celulares y redes sociales _____ horas al día
<input type="checkbox"/> Aceptado	<input type="checkbox"/> No sabe	Edad de la pareja Años _____			
<input type="checkbox"/> Ignorado					

HÁBITOS/CONSUMO (Anota o marca con una X el dato solicitado)					
Sueño normal Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Horas _____	Alimentación adecuada Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Comidas al día: _____	Tabaco Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Edad de inicio _____ Cigarros al día: _____	Consumo de alcohol regular Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Edad de inicio _____ Episodios de embriaguez: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Otras sustancias Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Edad de inicio _____ Repercusiones: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Conduce vehículo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

GINECO-UROLÓGICO (Anota o marca con una X el dato solicitado)					
Menarca/Espermarca Edad _____	Fecha de última menstruación Día _____ Mes _____ Dolor al menstruar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Infecciones de Transmisión Sexual/VIH <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce Tratamiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica	Flujo patológico/ Secreción peneana <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ardor o comezón <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Color _____	Ciclos Regulares <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cada cuánto? (Días) _____ Duración (días) _____	<input type="checkbox"/> Embarazos <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Abortos

SEXUALIDAD (Anota o marca con una X el dato solicitado)					
Relaciones sexuales <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hetero <input type="checkbox"/> Homo <input type="checkbox"/> Ambas	Parejas sexuales <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Varias <input type="checkbox"/> No aplica ¿Cuántas? _____	Edad de inicio _____ Bajo coerción o violencia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dificultades en las relaciones sexuales <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	Métodos Anticonceptivos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tipo de Anticonceptivo (puedes marcar más de uno) <input type="checkbox"/> Preservativo <input type="checkbox"/> Inyectable <input type="checkbox"/> Implante <input type="checkbox"/> Píldoras <input type="checkbox"/> Parche <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Ritmo <input type="checkbox"/> Otro: _____	

SITUACIÓN PSICOEMOCIONAL (Anota o marca con una X el dato solicitado)					
Redes sociales de apoyo (no familiares) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Vida con proyecto <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Ausente	Estado de ánimo <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Ideas suicidas <input type="checkbox"/> Hostil <input type="checkbox"/> Muy triste y/o muy alegre <input type="checkbox"/> Retraído	Imagen corporal <input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Crea preocupación <input type="checkbox"/> Impide relacionarse con los demás	Referente adulto <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Fuera del hogar <input type="checkbox"/>	

### CONTESTAR POR EL MÉDICO CONSULTANTE

Examen físico					
Aspecto general <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	Peso: _____ kg Talla: _____ cm IMC: _____	FC: _____ lat/min FR _____ resp/min Tensión arterial: _____ / _____ mm/Hg Temp _____ °C Saturación: _____ %			
Piel, faneras y mucosa <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Obs _____	Cabeza <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Obs _____	Agudeza visual <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal _____/20	Agudeza auditiva <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	Salud bucal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Obs _____	Cuello y tiroides <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Obs _____
Tórax y mamas <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Obs _____	Tanner <input type="checkbox"/> Mama <input type="checkbox"/> Vello púbico <input type="checkbox"/> Genitales <input type="checkbox"/> Diferido	Abdomen <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Diferido	Genito-urinario <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Diferido	Cardiovascular <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Obs _____	
Neurológico <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Obs _____		Columna <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Obs _____		Extremidades <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Obs _____	
Laboratorios Hb _____ Hto _____ Leucocitos _____ Plaquetas _____ Grupo _____ RH _____				Pos. <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	EGO <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Diagnósticos:		Nutrición <input type="checkbox"/> Bajo peso <input type="checkbox"/> Obesidad G1 <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Obesidad G2 <input type="checkbox"/> Sobrepeso <input type="checkbox"/> Obesidad G3		<input type="checkbox"/> Clínicamente Sano <input type="checkbox"/> Clínicamente Sano con Factores de Riesgo a la Salud <input type="checkbox"/> Clínicamente Sano a reserva de tratamiento o control de Enfermedad	
Médico responsable:				FIRMA	