

Cédula de Chequeo PrevenIMSS en Escuelas 2016

Alumn@: _____ Fecha Nació: _____
(Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre Completo) (Escribir dd/mm/aaaa)

Plantel: _____ 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: _____ Cintura: _____ IMC: _____
(Escribir en kilos y gramos) (Escribir en metro y centímetros) (Escribir en centímetros solo jóvenes de 20 años y +) Calcular el Índice de Masa Corporal

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

III.- Módulo de Esquema de Vacunación:

"Esquema Completo" por revisión de cartilla y "Primera Dosis", "Segunda Dosis" o "Dosis Refuerzo" aplicadas con previa valoración de riesgos

Hepatitis B	_____	Toxoide Td	_____	Anti-Influenza	_____
	EC, PD, SD, DR	(Tétanos y Difteria)	EC, PD, SD, DR	(Influenza Estacional)	EC, DR
Otra vacuna	_____	Otra vacuna	_____	Otra vacuna	_____
	EC, PD, SD, DR		EC, PD, SD, DR		EC, PD, SD, DR

IV.- Módulo Prevención y Control de Enfermedades:

Placa Bacteriana: Si () No () Aplicación de Flúor: Si () No () Cepillado Dental: Si () No ()
(Instruir en la técnica otorgando pastilla) (Realizado por Estomatólogo) (Instruir en técnica y otorgar cepillo dental)

Hilo Dental: Si () No () Sellado de Fosetas: Si () No () Remoción Tártaro: Si () No ()
(Instruir en la técnica) (Realizado por Estomatólogo) (Realizado por Estomatólogo)

V.- Módulo Detección de Enfermedades:

Diabetes Mellitus: _____ Sospecha DM: () Hipertensión: _____/_____ Sospecha HAS: ()
Escribir valor mg/dl. Anotar X = SI Escribir valor mmHg. Anotar X = SI

Hipercolesterolemia: _____ Sospecha HCT: () Triglicéridos: _____ Sospecha TGC: ()
Escribir valor mg/dl. Anotar X = SI 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)