

Cédula de Chequeo PrevenIMSS en Escuelas

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

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

Número de Seguridad Social: _____

I.- Módulo de Promoción a la Salud:

Cartilla Adolescente, Mujer, Hombre.	Tiene cartilla	Si () No ()	No lo trae ()	Se otorga ()
Plática "Alimentación Saludable"	Orientación	Si () No ()	Con audiovisual	Si () No ()
Plática "Salud Bucal"	Orientación	Si () No ()	Con audiovisual	Si () No ()
Plática "Ejercicio Físico"	Orientación	Si () No ()	Con audiovisual	Si () No ()
Plática "Salud Sexual"	Orientación	Si () No ()	Con audiovisual	Si () No ()
Plática "Prevención de Adicciones"	Orientación	Si () No ()	Con audiovisual	Si () No ()

II.- Módulo de Evaluación Nutricional:

Peso: _____ Talla: _____ Cintura: _____
(Escribir kilos y gramos) (Escribir metros y centímetros) (Escribir solo centímetros en jóvenes de 20 años y más)

Valoración Nutricional: Con cartilla Si () No () Bajo Peso () Normal () Sobrepeso/Obesidad ()

III.- Módulo Identificación Oportuna de Enfermedades:

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

IV.- Módulo Prevención de Enfermedades:

Cepillado Dental: Si () No () Colorante revelador: Si () No () Hilo dental: Si () No ()
(Dar cepillo dental e instruir en la técnica) (Dar pastilla y técnica de detección placa dentobacteriana) (Dar instrucción del uso del hilo dental)
 Entrega de Condón: Si () No () Información sobre uso del Condón: Si () No ()
(Entrega de condón como recordatorio de prevenir ITS) (Orientación sobre uso del condón para una sexualidad con responsabilidad)

V.- Módulo Prevención de Enfermedades (Vacunas):

Pentavalente 1ª. <small>(DPT+HB/Hib)</small>	_____ (Año aplicación)	Pentavalente 4ª. <small>(DPT+HB/Hib)</small>	_____ (Año aplicación)	Hepatitis B 1ª.	_____ (Año aplicación)
Pentavalente 2ª. <small>(DPT+HB/Hib)</small>	_____ (Año aplicación)	Vacuna DPT <small>(Difteria, Tos ferina y Tétanos)</small>	_____ (Año aplicación)	Hepatitis B 2ª.	_____ (Año aplicación)
Pentavalente 3ª. <small>(DPT+HB/Hib)</small>	_____ (Año aplicación)	Vacuna Triple SRP <small>Sarampión, Rubéola, Parotiditis</small>	_____ (Año aplicación)	Toxoide Td 1ª. <small>(Tétanos y Difteria)</small>	_____ (Año aplicación)
Toxoide Td 2ª. <small>(Tétanos y Difteria)</small>	_____ (Año aplicación)	Vacuna SR <small>(Sarampión y Rubéola)</small>	_____ (Año aplicación)	H1N1 vacuna	_____ (Año aplicación)
Toxoide Td Ref. <small>(Tétanos y Difteria)</small>	_____ (Año aplicación)	Otra vacuna	_____ (Año aplicación)	Otra vacuna	_____ (Año aplicación)

Observaciones:

Nombre del padre o tutor: _____ Firma: _____
 Autorizo Si No