

Matrícula:

Buscar

Nombre del estudiante:

MIS DATOS

General

Matrícula:

CURP:

RFC:

Folio:

Nombre:

Género:

Estado

Civil:

Teléfono:

Lugar de origen:

Trabajo:

Tipo de

trabajo:

No trabaja

Dirección Actual

Calle:

Colonia:

Código Postal:

Municipio:

Localidad:

Estado:

Datos de Nacimiento

Fecha de Nacimiento:

Municipio:

Estado:

País:

Datos Académicos

E-mail UV:

E-mail alterno:

Datos de Salud

Lateralidad:

Discapacidad:

Derechohabiente de:

EN TU PROYECTO DE VIDA, NO OLVIDES LA SALUD.



Universidad Veracruzana

Examen de Salud Integral

Dirección del Área Académica de Ciencias de la Salud

Salir

miércoles, 09 de marzo de 2016

Laboratorio

Cuestionario

Enfermería

Nutrición

Odontología

Área Médica

Reporte ESI

Reportes

Exportación de datos

Administrar

Matrícula:

Buscar

Nombre del estudiante:

DATOS GENERALES

Padre o Tutor:

Domicilio:

Teléfono:

Municipio:

Estado:

E-Mail:

Tutor Académico:

EN TU PROYECTO DE VIDA, NO OLVIDES LA SALUD.

SALUD MENTAL

Escala Ansiedad

Trabajo bajo una gran presión.

Tengo pesadillas varias veces a la semana.

Tengo dificultades para concentrarme en una tarea o trabajo.

Mi sueño es irregular e intranquilo.
Casi todas las noches me quedo dormido (a) sin tener pensamientos e ideas que me preocupan.
Tengo miedo de perder el juicio.
Frecuentemente me encuentro preocupado(a) por algo.
Raras veces noto los latidos de mi corazón y muy pocas veces me falta la respiración.
No creo ser más nervioso que la mayoría de las personas.
A menudo la vida me resulta difícil.
El dinero y los negocios me preocupan.
No me puedo concentrar en una sola cosa.
Casi todo el tiempo me siento preocupado(a) por algo o por alguien.
Sin duda he tenido más cosas de que preocuparme de las que me corresponderían.
A veces he sentido que las dificultades se acumulan de tal modo que no puedo vencerlas.
Por lo general soy tranquilo(a) y no me altero fácilmente.
Tiendo a tomar los desengaños tan a pecho que no puedo dejar de pensar en ellos.
Me preocupo mucho por posibles desgracias.
Varias veces por semana siento como si algo terrible fuera a suceder.
Algunas veces me siento al borde de una crisis nerviosa.
Actualmente no me siento estresado(a).
Me pongo nervioso (a) cuando tengo que tomar decisiones importantes.
Me preocupa suficiente el dinero.

Escala Autoestima

Soy una persona importante.
Pierdo fácilmente las discusiones.
Definitivamente no tengo confianza en mi mismo.
Le agrado a la mayor parte de la gente que me conoce.
Me parece que soy tan listo(a) y capaz como la mayoría de los que me rodean.
Definitivamente a veces me siento un inútil.
Fui una persona lenta para aprender en la escuela.
En varias ocasiones he dejado de hacer algo porque he dudado de mi habilidad.
Tiendo a dejar de hacer algo que quiero, si otros creen que eso no vale la pena.
No me siento capaz de planear mi futuro.
Me siento incómodo(a) cuando la gente me halaga.
A veces pienso que no sirvo para nada.

Tiendo a dejar de hacer algo que deseo cuando los demás piensan que esa no es la manera correcta de hacerlo.	
No puedo hacer nada bien.	
La gente puede hacerme cambiar de opinión muy fácilmente, aun cuando ya haya tomado una decisión.	
Con frecuencia me confundo y se me olvida lo que quiero decir.	
Soy torpe y poco hábil.	
La gente piensa que no soy atractivo.	
Con frecuencia siento que no soy tan bueno(a) como otras personas.	
Cuando los problemas necesitan solución, generalmente dejo que otras personas los resuelvan.	
Reconozco que tengo varios defectos que no seré capaz de cambiar.	
Me enojo conmigo mismo(a) cuando accedo demasiado a los deseos de los demás.	
Sé que soy una carga para otros.	
Es difícil para mí aceptar cumplidos.	

Escala Relaciones Familiares

A veces he sentido un intenso deseo de abandonar mi hogar.	
A mi familia no le gusta el trabajo que escogí o la ocupación que pienso escoger para trabajar el resto de mi vida.	
Tengo pocos disgustos con miembros de mi familia.	
Creo que mi vida hogareña es tan agradable como la de la mayoría de las personas que conozco.	
Siento que frecuentemente he sido castigado(a) sin motivo.	
Mi familia me trata más como un(a) niño(a) que como un adulto.	
En comparación con otros hogares, hay muy poco compañerismo y cariño en mi familia.	
Algunos de mis familiares tienen hábitos que me molestan o irritan mucho.	
Casi todos mis parientes están de acuerdo conmigo.	
De vez en cuando siento odio hacia los miembros de mi familia a los que usualmente quiero.	
Algunos de mis familiares han hecho ciertas cosas que me han asustado.	
Tengo motivos para sentirme celoso(a) de uno o más miembros de mi familia.	
Algunas veces me gusta herir a las personas que quiero.	
Me enojo cuando mi familia o amigos me aconsejan sobre cómo vivir mi vida.	
Cuando era niño(a) me golpearon muchas veces.	

Con frecuencia tengo serios desacuerdos con personas importantes para mí.	
Cuando las cosas van muy mal, sé que puedo contar con la ayuda de mi familia.	
Tengo uno o varios familiares que son muy nerviosos.	
Algunos de mis familiares se enojan fácilmente.	
Los miembros de mi familia y mis parientes más cercanos se llevan bastante bien.	
Odio a toda mi familia.	
Algunas veces he tenido pensamientos terribles acerca de mi familia.	
Actualmente tengo muy poca relación con mis parientes.	
En la mayoría de los matrimonios uno o los dos miembros de la pareja son infelices.	
La mayoría de las parejas casadas no se demuestran mucho afecto.	

Antecedentes de salud mental

¿Has recibido asesoría psicológica?				
¿Has recibido asesoría psiquiátrica?				
¿Recibes actualmente tratamiento psiquiátrico farmacológico?				

NUTRICIÓN

¿Cuántos vasos de refresco, aguas frescas y café o té con azúcar agregada, consumes en un día?
¿Cuántos vasos de refresco light consumes en un día?
¿Cuántos vasos de jugo 100% natural, leche entera y bebidas deportivas consumes en un día?
¿Cuántos vasos de bebidas no calóricas con edulcorantes artificiales* (Aguas con vitaminas, bebidas energizantes) consumes en un día?
¿Cuántas tazas de café o té (sin azúcar) consumes en un día?

¿Cuántos vasos de leche descremada o semidescremada o bebidas de soya sin azúcar adicionada consumes en un día?

¿Cuántos vasos de agua natural (sin sabor) consumes en un día?

En el grupo de cereales (arroz, avena, tortilla de maíz, pan blanco o integral, cereales de caja sin azúcar, etc.). ¿Tú consumes en un día?

En el grupo de leguminosas (frijol, haba, lentejas, garbanzo y alubias) la ración se mide por $\frac{1}{2}$ plato, ¿Tú consumes en un día?

En el grupo de frutas, las raciones se miden por pieza o por rebanada (piña, sandía, melón, etc.), ¿Tú consumes en un día?

En el grupo de verduras, las raciones se miden por taza, ¿Tú consumes en un día?

En el grupo de leches y derivados se encuentran la leche y el yogurt. La ración se mide por 1 taza ¿Tu consumo en un día es?

En el grupo de carnes, pescados y huevo, la ración de pollo y huevo son por pieza; el pescado, la carne de res y el cerdo es por bistec mediano, ¿Tú consumes en un día?

En el grupo de grasas (aceite vegetal, mayonesa, aguacate, margarina, mantequilla) la ración se mide por cucharadita y el aguacate se mide por rebanada pequeña, ¿Tú consumes en un día?

En el grupo de azúcares (azúcar, miel, mermelada, cajeta, gelatina) las raciones se miden por cucharada y la gelatina por taza, ¿Tu consumo en un día es?

¿Llevas actualmente un régimen especial de alimentación?

* Los edulcorantes pueden ser aspartame, sacarina, sucralosa y stevia

ACTIVIDAD FÍSICA

1.- ¿Cómo consideras tu estado de condición física?

2.- Comparado con otros jóvenes de tu edad, ¿piensas que eres hábil y coordinado?, ¿eres bueno haciendo deporte?

3.- ¿Disfrutas haciendo actividad física o un deporte intensamente?

4.- ¿Cómo vas de tu casa al centro escolar? (Frecuentemente)

5.- ¿Practicas alguna actividad física o deportiva de manera formal? (3 veces a la semana o más)

6.- ¿Realizas alguna Actividad Física, para modificar su masa muscular?

7.- ¿Toma suplemento junto al entrenamiento?

8.- ¿Alguna vez se sintió disconforme con su cuerpo?

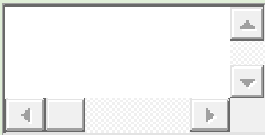
El universitario se encuentra en una percepción de estado físico deportivo **muy desfavorable** para mantener estados de salud óptimos.

ÁREA DE LABORATORIO

Datos generales

Matrícula	Folio
Nombre	
Fecha de Nacimiento	
Género	
Edad	

Biometría hemática

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
Eritrocitos		/mm**3	
Hematócrito		%	
Hemoglobina		g/dl	
VCM		fl	
CMHbC		g/dl	33.0 - 37.0
CMHb		pg	27.0 - 31.0
Leucocitos		10 3 / mm³	5.00 - 10.00
Plaquetas		10 3 / mm³	150.0 - 450.0
Observaciones			

Recuento diferencial

Valores Relativos

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
Linfocitos		%	24 - 38
Monocitos		%	4 - 9

Eosinófilos		%	2 - 4
Basófilos		%	0 - 1
Neutrófilos segmentados		%	50 - 70
Neutrófilos en banda		%	0 - 1

Valores Absolutos

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
Linfocitos		10 ³ / mm ³	1.4 - 3.15
Monocitos		10 ³ / mm ³	0.14 - 0.7
Eosinófilos		10 ³ / mm ³	0 - 99
Basófilos		10 ³ / mm ³	0 - 0.07
Neutrófilos segmentados		10 ³ / mm ³	0 - 99
Neutrófilos en banda		10 ³ / mm ³	0 - 99
Observaciones			

Determinación de grupo sanguíneo y factor Rh

Grupo Sanguíneo

SELECCIONAR... ▼

Factor Rh

SELECCIONAR... ▼

Du

SELECCIONAR... ▼

Observaciones

Química clínica

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
Glucosa		mg/dl	70 - 100
Triglicéridos		mg/dl	50 - 150
Colesterol		mg/dl	100 - 200
C-HDL		mg/dl	35 - 55
C-LDL		mg/dl	60 - 150
Observaciones			

Pruebas seroinmunológicas

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
VDRL	SELECCIONAR... ▼		NEGATIVO

Observaciones

Examen general de orina

Examen físico

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
Color			AMARILLO
Aspecto			TRANSPARENTE
Olor			CARACTERISTICO
Densidad			1.0150 - 1.0200
pH			6.0 - 7.0

Examen químico

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
Glucosa			NEGATIVO
Bilirrubina			NEGATIVO
Urobilinógeno		U.E./dl	0.2 - 1.0
Nitritos			NEGATIVO
Proteínas			NEGATIVO
Cuerpos cetónicos			NEGATIVO
Sangre			NEGATIVO
Leucocitos (esterasas)			NEGATIVO

Examen microscópico del sedimento

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
Leucocitos			0 - 3 por campo
Bacterias			NEGATIVO
Parasitos			NEGATIVO
Células epiteliales			ESCASAS
Eritrocitos			0 - 5 por campo
Levaduras			NEGATIVO
Filamento mucoso			NEGATIVO
Cristales			NEGATIVO
Cilindros			NEGATIVO

Observaciones

ENFERMERÍA

Datos generales

Matrícula	Folio
Nombre	
Fecha de nacimiento	
Género	
Edad	

Signos Vitales

Frecuencia Cardiaca		por min
Temperatura Axilar		°C
Frecuencia de Respiración		por min
Frecuencia de Pulso		por min

Tensión Arterial

Sedente

Brazo izquierdo	Sistólica	mm Hg	Diastólica	mm Hg
Brazo derecho	Sistólica	mm Hg	Diastólica	mm Hg

¿Diferencia en la presion? ☐ Si

Cubito Dorsal

Brazo izquierdo	Sistólica	mm Hg	Diastólica	mm Hg
Brazo derecho	Sistólica	mm Hg	Diastólica	mm Hg

Anatómico

Brazo izquierdo	Sistólica	mm Hg	Diastólica	mm Hg
Brazo derecho	Sistólica	mm Hg	Diastólica	mm Hg

Historial Vacunal

VACUNA	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	SI	NO	RECOMENDACIONES
--------	-------	-------------------	----	----	-----------------

HEPATITIS B	Primera	A partir de 12 años	☐	☐	
	Segunda	Al mes de la primera	☐	☐	
TÉTANOS Y DIFTERIA (TD)	Primera	A partir de los 10 años sin antecedente vacunal	☐	☐	
	Segunda	De cuatro a ocho semanas después de la primera	☐	☐	
	Refuerzo	A partir de los 12 años	☐	☐	
SARAMPIÓN RUBÉOLA (SR)	Única	A partir de los 13 años	☐	☐	
NEUMOCOCCICA			☐	☐	
INFLUENZA			☐	☐	
ANTIRRÁBICA			☐	☐	

NUTRICIÓN

Evaluación Antropométrica

Peso		kg
Talla		cm
Grasa corporal		%
Embarazada	☒ No ☐ Si	
Cintura		cm
Índice cintura talla	0.41Sin riesgo a la salud	
Índice de masa corporal	17.81kg/m² - Bajo Peso	
Porcentaje de masa grasa	21.70 - Aceptable (Bajo)	

Felicidades, estas dentro de lo normal de % grasa corporal y no es necesario que disminuyas de peso.

ODONTOLOGÍA

Datos generales

Interrogatorio

Veces que se
cepilla los
dientes al día:

3

Técnica correcta de
cepillado

☐

Si

☒

No

Profilaxis anual

☐

Si

☒

No

Gingivorragia
espontánea

☐

Si

☒

No

Gingivorragia
mecánica

☐

Si

☒

No

Ortodoncia actual

☐

Si

☒

No

Ortodoncia anterior

☒

Si

☐

No

Usa prótesis

☐

Si

☒

No

Localizado Irradiado

18

☐☒

Dolor en la zona de
terceros molares

☐

Si

☒

No

28

☐☒

38

☐☒

48

☐☒

Exploración

Índice IHOS

Órganos dentarios	16	11	26	36	31	46	SUMA
	17	21	27	37	41	47	

Placa dentobacteriana

Sarro

I. H. O. S :

0.33

Higiene bucal

0.1 - 1.2

Índice CPO

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

C

1

P

0

O

0

Total CPO

1

Dientes con caries

Estructura Ósea

Maxilar Superior

Oval

Maxilar Inferior

Oval

Presencia de apiñamiento dental

☐ Si

☒ No

Superior

Inferior

Terceros Molares

Posibles valores

Terceros Molares

Condición

18		Sin espacio suficiente
28		Sin espacio suficiente
38		Extraído por cirugía
48		Extraído por cirugía

Estado de salud bucal general



Con patología



Sin patología

Observaciones

Recomendaciones

Revisión en 6 meses



Si



No

Mejorar técnica de cepillado, limpieza dental y control personal de placa dentobacteriana



Si



No

Obturación(es) dental(es)



Si



No

Extracción(es) dental(es)



Si



No

Terceros molares



Si



No

Ortodoncia



Si



No

Terceros Molares

Condición

Posibles valores

18		Sin indicación
28		Sin indicación
38		Sin indicación
48		Sin indicación

¿Tiene servicio dental?



Si



No



IMSS



ISSSTE



PEMEX



Marina



Ejército



SSA



Operador

Asistente

Para guardar la información de todas las secciones presione el siguiente botón:

ÁREA MÉDICA

Datos generales

Instrucciones: Llena únicamente los datos de los padecimientos que tienes o has tenido.

ANTECEDENTES FAMILIARES

	Obesidad	Diabetes	Hipertensión Arterial	Cáncer	Tuberculosis
Abuelos Paternos	Si	Si	No	No	No
Abuelos Maternos	Si	No	No	No	No
Padre	No	No	No	No	No
Madre	No	No	No	No	No

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Discapacidad:



Si



No

Edad

Tratamiento

Especificaciones

Alergias

2

Cirugías

9

Enfermedades neoplásicas

Otros

Psicosocial (Presencial)

Dependencia a la Nicotina

¿Fumas?

☐

Si

☒

No

Dependencia del consumo de alcohol

¿Tomas bebidas alcohólicas?

☐

Si

☒

No

Adicciones

Adicción a las drogas

☐

Si

☒

No

¿Haz consumido algún tipo de droga?

☐

Rutinariamente

☐

Ocasionalmente

☐

Sólo una vez

Tipos de drogas

Salud Reproductiva

Vida Sexual

☐

Si

☒

No

Edad de inicio de vida sexual

Tiempo en años

Anticoncepción

☐

Si

☒

No

¿Qué método empleas?

Protección (preservativo)

☐

Si

☒

No

¿Lo usas siempre?

☐

Si

☐

No

☐

A veces

Número total de parejas sexuales

0

Género de parejas

☐

Sexo Masculino

☐

Sexo Femenino

☐

Ambos

Menarca

F.U.R. (Fecha de Ultima Regla)

Edad de inicio

Ritmo

Proio



Cantidad

Regular



Número de días

5



Dolor

☐

Si

☒

No

Gesta

☐

Si

☒

No

Exudado cervico-vaginal

☐

Si

☒

No

Cantidad

Aspecto

Con consentimiento informado del estudiante.

Inspección de conducto

Inspección de conducto auditivo externo

Derecha

Izquierda

Conducto auditivo externo permeable

Si

No

Membrana timpánica intacta

Si

No

Aspecto brillante

Si

No

Observaciones

Rinne

Derecho

Izquierdo

Positivo
CA > CO



Negativo
CO > CA



Sugestivo de hipoacusia conductiva

Sugestivo de hipoacusia perceptiva

Recomendaciones y Observaciones

Recomendaciones

Tratamiento u observaciones

Exploración Física

Aparatos y
Sistemas

Datos Patológicos

Cabeza

¿Usa lentes el
alumno?



Si



No

Izquierdo

Derecho

/

Agudeza Visual

Cuello

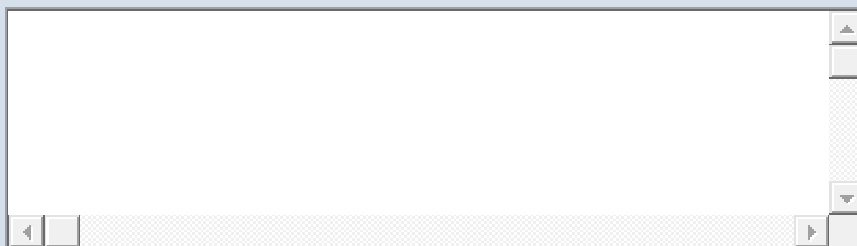
Torax (soplos
cardiacos)

Abdomen
(hepatoesplenome
galia y hernias)

Extremidades superiores e inferiores (r. osteotendinosos, pie plano y adenopatía axilar e inguinal)



Piel (lesiones, topografía y morfología)



Prueba de Cooper

No. de vueltas

Metros

Resultado

Realizado por

Diagnósticos

☐

Miopía

☐

Acné

☐

Dermatosis

☐

Hipertrigliceridemia

☐

Hipercolesterolemia

☐

Dislipidemia

☐

Sobrepeso

☐

Glucosa alterada en ayuno (hiperglucemia)



Obesidad



Rinitis



Pie plano



Migraña



Colitis



Asma



Onicomycosis



Alergias (en general)

Otros Diagnósticos



Recomendaciones



Médico
o
responsable