**UNIVERSIDAD ESTATAL DEL VALLE DE ECATEPEC**

**AUTOEVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y NECESIDADES ESPECIALES**

Bienvenido/a, como sabe el estado de salud es una de las condiciones más importantes para todo ser humano. Para nosotros es esencial conocer en qué condiciones de salud-enfermedad, se encuentra, ya que permite identificar las condiciones de riesgo potencial que puedan presentarse durante la formación universitaria y sobre todo identificar la forma de prevenir su impacto, así como detectar oportunamente las necesidades individuales en el proceso de enseñanza aprendizaje, para ofrecer las herramientas necesarias en la formación como profesionales. Es por ello, que hemos diseñado este instrumento para que inicie su proceso de autoevaluación en salud.

La Norma ISO 21001 :2018 Sistema de Gestión para Organizaciones Educativas nos indica en el requisito generar educación Inclusiva con participación plena y efectiva, en la accesibilidad, asistencia y logros en el aprendizaje de todo el estudiantado, especialmente de quienes, por diferentes razones, están en situación de exclusión o riesgo de marginalización, buscando implicar la transformación permanente y reconociendo la diversidad, identificando y superando las barreras en los procesos de enseñanza y aprendizaje.

De antemano, gracias por proporcionarnos respuestas veraces y que serán resguardadas de manera confidencial, bajo protección de sus datos.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nº de registro en el examen CENEVAL (o en su defecto su registro como aspirante) : | Insertar Fotografía |  |
| Fecha de elaboración: |

**1.-Ficha de Identificación.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre/s |
|  |  |  |
| Edad | Sexo | Lugar de nacimiento |
|  |  |  |
| Edo. Civil | Religión | Ocupación |
|  |  |  |
| Numero Afiliación IMSS | CURP | Celular |
|  |  |  |
| Domicilio Colonia | Calle y numero | Teléfono fijo |
|  |  |  |
| Entre calle | Entre calle | Referencia |
|  |  |  |
| Si se encuentra laborando indique sitio y horario | | |
|  | | |
| Si cuenta con algún servicio médico además del IMSS, indique cuál y su vigencia | | |
|  | | |
| En caso de accidente o urgencia médica avisar a: | | |
| Personas responsables | Parentesco | Numero teléfono |
| 1.- |  |  |
| 2.- |  |  |

**2. Antecedentes Heredo Familiares**

a) ¿Alguno de sus familiares (abuelos, padres, hermanos, etc.) ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes enfermedades?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Padecimiento/s | Abuelos | Padres | Hermanos | Pareja | Hijos |
| Diabetes Mellitus |  |  |  |  |  |
| Hipertensión Arterial |  |  |  |  |  |
| Enfermedades del corazón |  |  |  |  |  |
| Cáncer |  |  |  |  |  |
| Enfermedades del hígado |  |  |  |  |  |
| Enfermedades del Riñón |  |  |  |  |  |
| Enfermedades de la tiroides |  |  |  |  |  |
| Enf. Mentales (Depresión, ansiedad, esquizofrenia) |  |  |  |  |  |
| Padecimientos neurológicos (Parkinson, demencias, Epilepsia) |  |  |  |  |  |
| Enf. Hematológicas (leucemia, anemia) |  |  |  |  |  |
| Tuberculosis |  |  |  |  |  |
| Asma |  |  |  |  |  |

**3. Antecedentes Personales Patológicos**

b) Durante la etapa de la infancia, adolescencia y juventud llegó o ha llegado a presentar alguna de las siguientes patologías, si es así márquela/s con una cruz.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Varicela |  | Diabetes mellitus |  | Enf. articulares u óseas |  | Ansiedad |  | VIH-SIDA |  |
| Sarampión |  | Hipertensión arterial |  | Gastritis |  | Depresión |  | Papilomatosis |  |
| Rubeola |  | Enf. del corazón |  | Colon irritable |  | Anorexia |  | Herpes genital |  |
| Parotiditis |  | Enf. pulmonares |  | Parasitosis |  | Bulimia |  | **Alergias a:** | |
| Hepatitis |  | Enf. renales |  | Infección de V. urinarias |  | Epilepsia |  | Medicamentos |  |
| Tosferina |  | Leucemia |  | Alteraciones visuales |  | Claustrofobia |  | Alimentos |  |
| Fiebre reumática |  | Anemia |  | Alteraciones auditivas |  | Alteraciones del habla |  | Polen |  |
| Asma |  | Híperreacción bronquial |  | Uso de lentes |  | Alteraciones para dormir |  | Líquidos de limpieza |  |
| Cáncer |  | Dermatosis |  | Uso de auxiliar auditivo |  | Sonambulismo |  | Otras |  |

¿En caso de presentar alguna alergia indicar a qué alimentos, medicamentos o algún otro producto? favor de anotar(los) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Antecedente: | Si/No | Causa o motivo | Fecha en que presentó el problema |
| Intervenciones Quirúrgicas |  |  |  |
| Hospitalizaciones |  |  |  |
| Traumatismos |  |  |  |
| Perdida del conocimiento |  |  |  |
| Transfusiones |  |  |  |
| Alcoholismo |  |  |  |
| Tabaquismo |  |  |  |
| Drogas (indicar cuál y tiempo de uso) |  |  |  |
| Medicamentos sin prescripción |  |  |  |
| Inmunizaciones.- Anexa una copia de tu cartilla de Vacunación |  |  |  |
| Grupo / Tipo Sanguíneo |  | Factor Rh Positivo/Negativo |  |

c) En el caso de **ser aspirante mujer** responder esta sección. Antecedentes Gineco-obstétricos:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Edad a la que presentó su Menarca (primera regla) |  | Menstruación con cólicos |  | Vacuna papiloma |  |
| Frecuencia |  | Tratamiento |  | Nº de Embarazos |  |
| Duración (en días) |  | Edad de I.V.S.A |  | Otro tipo de problemas relacionados, describa | |
| Fecha ultima regla |  | Uso de métodos anticonceptivos |  |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ante la Pandemia por COVID-19 en nuestro país, es necesario nos proporcione la siguiente información, misma que será muy valiosa (en caso de respuestas negativas indicar: n/a)** | |
| ¿Cuántas dosis de vacunación recibió y de qué tipo? |  |
| Presentó COVID 19 |  |
| **En caso de que la pregunta anterior sea positiva conteste lo siguiente por favor** |  |
| Tuvo más de un brote de COVI 19, ¿cuántos periodos y en que fechas? |  |
| En dónde lo atendieron |  |
| ¿Con qué medicamentos fue tratado? |  |
| Recibió en algún momento oxígeno terapia o estuvo hospitalizado |  |
| ¿En dónde le atendieron? |  |
| ¿Cuánto tiempo estuvo en tratamiento? |  |
| **¿Ha presentado secuelas atribuibles a COVID-19?** |  |
| Dificultad respiratoria |  |
| Disminución de la agudeza auditiva |  |
| Disminución del olfato |  |
| Cansancio que impida sus actividades cotidianas |  |
| Estados de ansiedad |  |

**4. Antecedentes Personales No Patológicos**

Alimentación. Realicé una descripción del tipo de alimentos y cantidad que consume por día durante una semana

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| RECORDATORIO DE 24 HORAS ENTRE SEMANA | | |
| Tiempo de comida | Descripción de platillos | Cantidades |
| Desayuno |  |  |
| Colación matutina |  |  |
| Comida |  |  |
| Colación vespertina |  |  |
| Cena |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| RECORDATORIO DE 24 HORAS FIN DE SEMANA | | |
| Tiempo de comida | Descripción de platillos | Cantidades |
| Desayuno |  |  |
| Colación matutina |  |  |
| Comida |  |  |
| Colación vespertina |  |  |
| Cena |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cuestionario breve para evaluar conductas alimentarias** | | | | | |
| **Por favor, coloque en el espacio en blanco frente a cada pregunta, el número de su respuesta de acuerdo con la casilla que se ajuste a su conducta.** | | **1.- Nunca o casi nunca** | **2.- Algunas veces** | **3.- Frecuentemente**  **(2 veces en una semana)** | **4.- Muy frecuentemente**  **(> 2 veces por semana)** |
| 1 | Me ha preocupado engordar |  |  |  |  |
| 2 | En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida |  |  |  |  |
| 3 | He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer) |  |  |  |  |
| 4 | He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso |  |  |  |  |
| 6 | He hecho dietas para tratar de bajar de peso |  |  |  |  |
| 7 | He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso |  |  |  |  |
| 8 | He usado pastillas para tratar de bajar de peso |  |  |  |  |
| 9 | He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso |  |  |  |  |
| 10 | He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso |  |  |  |  |

Hábitos Higiénicos

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Actividad | Nº de veces semana | | | | Nº de veces al día |
| Baño |  | | | |  |
| Cambio de ropa limpia |  | | | |  |
| Lavado de dientes |  | | | |  |
| Lavado de manos | Antes de ir al baño |  | Después de ir al baño |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Actividades preventivas | |
| Nº de visitas al dentista en un año |  |
| Nº de visitas al oftalmólogo en un año |  |
| Nº de visitas al médico para revisiones rutinarias |  |

En el siguiente apartado anote los datos únicamente si verdaderamente los conoce. Gracias.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Peso | Estatura | Índice de Masa Corporal peso/talla2 | Temperatura |  |
|  |  |  |  |  |
| Tensión arterial de brazo izquierdo (Sentada) | Tensión arterial de brazo derecho | Frecuencia cardiaca | Frecuencia respiratoria | Oximetría.- |
|  |  |  |  |  |

d) Actividades Sociales y Deportivas

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Actividad que realiza. | SI/NO | Especifique cuál | Número de veces que la practica a la semana |
| Física |  |  |  |
| Recreativa |  |  |  |
| Cultural |  |  |  |

**Observaciones y comentarios.** Si considera que en este cuestionario no se incluyó algún punto importante para usted y que puede afectar su estado de salud, evaluación habitual entorno a su aprendizaje puedes ocupar este espacio.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |