

CÉDULA DE EVALUACIÓN DE SALUD

1/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA:			2/ FECHA (DÍA, MES Y AÑO):		
DATOS GENERALES					
3/ NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA:			4/ FECHA DE NACIMIENTO: DÍA / MES / AÑO		5/ CLAVE ISSEMYM:
6/ SEXO: ☐ H ☐ M		7/ ÁREA DE TRABAJO:		8/ TURNO LABORAL: ☐ MATUTINO ☐ VESPERTINO ☐ NOCTURNO ☐ ESPECIAL	
9/ NIVEL DE ESCOLARIDAD:		10/ ESTADO CIVIL: ☐ SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNIÓN LIBRE ☐ SEPARADO(A)			
11/ NOMBRE COMPLETO DE LA INSTITUCIÓN PÚBLICA:			12/ RELIGIÓN:		13/ NÚM. DE TELÉFONO (FIJO Y/O MÓVIL):
14/ DOMICILIO COMPLETO (CALLE, NÚM. EXTERIOR Y/O INTERIOR, COLONIA, CÓDIGO POSTAL, LOCALIDAD, MUNICIPIO Y ENTIDAD FEDERATIVA):					

INFORME DE QUÉ SE ENFERMAN SUS FAMILIARES CONSANGUÍNEOS COMO PADRES, HERMANOS(AS) ABUELOS(AS) Y TÍOS(AS), PARA QUE EL(LA) MÉDICO(A), IDENTIFIQUE SU PREDISPOSICIÓN A ALGÚN PADECIMIENTO.

15/ ANTECEDENTES FAMILIARES					
NÚM.	NOMBRE COMPLETO DE LA ENFERMEDAD	PADRES	HERMANOS(AS)	ABUELOS(AS)	TÍOS(AS)
1	HIPERTENSIÓN ARTERIAL (PRESIÓN ALTA)				
2	DIABETES				
3	INFARTO AL CORAZÓN				
4	EMBOLIA CEREBRAL				
5	OBESIDAD				
6	GASTRITIS O COLITIS				
7	CÁLCULOS EN LA VESÍCULA				
8	MALFORMACIONES DE NACIMIENTO				
9	CONVULSIONES				
10	ASMA O ALERGIAS				
11	ENFERMEDADES DE PÁNCREAS				
12	TUBERCULOSIS				
13	REUMATISMO U OSTEOPOROSIS				
14	PROBLEMAS DE VISIÓN				
15	CÁNCER				
16	ENFERMEDADES MENTALES				

16/ ANTECEDENTES PERSONALES				
NÚM.	NOMBRE COMPLETO DE LA ENFERMEDAD	ACTUAL	ANTERIOR	TIPO DE PADECIMIENTO
1	HIPERTENSIÓN ARTERIAL (PRESIÓN ALTA)			
2	DIABETES			
3	OBESIDAD			
4	INFARTO AL CORAZÓN			
5	EMBOLIA CEREBRAL			
6	GASTRITIS O COLITIS			
7	CÁLCULOS EN LA VESÍCULA			
8	DIARREA, VÓMITO O ESTREÑIMIENTO FRECUENTE			
9	FUMA O FUMÓ			
10	INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS			
11	FARMACODEPENDENCIA			
12	ESTRÉS O ANSIEDAD			
13	ENFERMEDAD MENTAL			
14	DEPRESIÓN			
15	INSOMNIO			
16	FRACTURAS			
17	ASMA O ALERGIAS			
18	CIRUGÍAS			
19	ANTECEDENTES DE CÁNCER			
20	ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE			
21	INFECCIÓN EN VÍAS URINARIAS			
22	MALFORMACIONES DEL CUERPO			
23	LESIONES EN EL CUERPO			
24	REALIZA EJERCICIO			

17/ FACTORES NUTRICIONALES				
DESAYUNO	ALMUERZO	COMIDA	MEDIA - TARDE	CENA - MERIENDA

18/ ESTADO DE LA DEGLUCIÓN

NÚM.	¿TIPO DE PROBLEMÁTICA?	SÍ	NO
1	¿TIENE PROBLEMAS DE MASTICACIÓN?		
2	¿PRESENTA NÁUSEAS FRECUENTES?		
3	¿PRESENTA DIARREAS FRECUENTES?		
4	¿PRESENTA ESTREÑIMIENTO?		
5	¿HA DISMINUIDO SU APETITO?		
6	¿ÚLTIMAMENTE PRESENTA PÉRDIDA DE PESO?		

19/ ESTADO DE LA DENTADURA

NÚM.	ESTADO ACTUAL	SÍ	NO
1	COMPLETA		
2	PRESENTA CARIES		
3	USA PLACAS FIJAS		
4	USA PLACAS REMOVIBLES		

20/ TRATAMIENTOS RECIBIDOS

NÚM.	TRATAMIENTO	SÍ	NO	TIPO DE TRATAMIENTO
1	DIETA PARA LA DIABETES			
2	DIETA PARA LA HIPERTENSIÓN			
3	DIETA PARA BAJAR DE PESO			
4	DIETA PARA CONTROLAR EL COLESTEROL			
5	PASTILLAS PARA LA DIABETES			
6	INSULINA PARA LA DIABETES			
7	PASTILLAS PARA LA HIPERTENSIÓN			

EXCLUSIVO PARA PERSONAS DEL SEXO MASCULINO

21/ PROBLEMAS DE PRÓSTATA

NÚM.	TIPO DE PROBLEMÁTICA	NUNCA	1 VEZ CADA 5 OCASIONES	MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES	LA MITAD DE LAS VECES	MÁS DE LA MITAD DE LAS VECES	CASI SIEMPRE
1	DURANTE EL ÚLTIMO MES ¿CON QUÉ FRECUENCIA HA TENIDO LA SENSACIÓN DE VACIAR INCOMPLETAMENTE SU VEJIGA DESPUÉS DE QUE TERMINÓ DE ORINAR?	0	1	2	3	4	5
2	DURANTE EL ÚLTIMO MES ¿CON QUÉ FRECUENCIA HA TENIDO QUE ORINAR NUEVAMENTE, EN MENOS DE 2 HORAS DESPUÉS DE QUE TERMINÓ DE ORINAR?	0	1	2	3	4	5
3	DURANTE EL ÚLTIMO MES ¿QUÉ TAN FRECUENTEMENTE SE HA DADO CUENTA DE QUE, MIENTRAS ESTÁ ORINANDO SE DETIENE E INICIA VARIAS VECES?	0	1	2	3	4	5
4	DURANTE EL ÚLTIMO MES ¿CON QUÉ FRECUENCIA LE FUE DIFÍCIL POSPONER EL DESEO DE ORINAR?	0	1	2	3	4	5
5	DURANTE EL ÚLTIMO MES ¿QUÉ TAN FRECUENTE HA TENIDO UN CHORRO URINARIO DÉBIL?	0	1	2	3	4	5
6	DURANTE EL ÚLTIMO MES ¿CON QUÉ FRECUENCIA HA TENIDO QUE PUJAR PARA COMENZAR A ORINAR?	0	1	2	3	4	5
7	DURANTE EL ÚLTIMO MES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA SE LEVANTA A ORINAR DURANTE LA NOCHE?	0	1	2	3	4	5
PUNTUACIÓN							
		LEVE 1-7	MODERADO 8-19	SEVERO 20-35	TOTAL DEL IPSS		
		CONFORME	COMPLACIDO	MÁS BIEN SATISFECHO			
SI USTED TUVIERA QUE VIVIR SIEMPRE ORINANDO EN LA FORMA QUE LO HACE HASTA AHORA,¿CÓMO SE SENTIRÍA?		0	1	2	3	4	5

EXCLUSIVO PARA PERSONAS DEL SEXO FEMENINO

22/ FACTORES DE RIESGO MATERNO

NÚM.	PREGUNTA	RESPUESTA	NÚM.	PREGUNTA	RESPUESTA
					SÍ NO
1	¿EDAD EN LA QUE TUVO SU PRIMERA MENSTRUACIÓN?		8	¿ANTECEDENTES DE CÁNCER CÉRVICOUTERINO?	
2	¿EDAD EN LA QUE TUVO SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL?		9	¿ANTECEDENTES DE CÁNCER DE MAMA?	
3	¿NÚM. DE EMBARAZOS?		10	¿SE HA REALIZADO EL PAPANICOLAU?	
4	¿NÚM. DE PARTOS?		11	¿SE HA REALIZADO LA EXPLORACIÓN MAMARIA?	
5	¿NÚM. DE CESÁREAS?		12	¿SE HA REALIZADO DENSITOMETRÍA ÓSEA?	
6	¿NÚM. DE ABORTOS?		13	¿SE HA REALIZADO RADIOGRAFÍA DE MAMA?	
7	¿EDAD EN LA QUE SE PRESENTÓ LA MENOPAUSIA?				

23/ LLENADO EXCLUSIVO POR EL PERSONAL DE SALUD

1. PESO

2. TALLA

3. CADERA

4. CINTURA

5. ÍNDICE DE MASA CORPORAL

6. NORMAL

7. SOBREPESO

8. OBESIDAD GRADO I

9. OBESIDAD GRADO II

10. OBESIDAD GRADO III

11. ÍNDICE-CINTURA-CADERA

12. TENSIÓN ARTERIAL

13. GLUC.

14. COL.

15. TG.

16. LDL

OTROS

17.HDL

18.PSA

19. INMUNIZACIONES

VACUNA	SÍ	NO
TTD		
INFLUENZA		
NEUMOCOCO		
OTRAS		

20. PRUEBA - EXPLORACIÓN

	SÍ	NO
PAPANICOLAU		
EXPLORACIÓN DE MAMA		

21. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

☐ 1. NORMAL☐ 2. DEPRESIÓN☐ 3. ANSIEDAD

24/ DIAGNÓSTICO:

25/ DETECCIÓN 1ª VEZ:

26/ REFERENCIA:

27/ EVALUADA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA

28/ EVALUÓ MÉDICO(A)

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

14 000 00L/467/23

Instructivo para el llenado del formato: Cédula de evaluación de salud.		
Objetivo: Evaluar el estado general de salud de la persona servidora pública, para la detección oportuna de alguna enfermedad.		
Distribución y destinatario: El formato se genera en original y se integra al expediente clínico de la persona servidora pública.		
Clave: 14 000 OOL/467/23.		
Núm.	Concepto	Descripción
1	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre completo de la unidad médica donde se encuentra adscrita la persona servidora pública.
2	FECHA (DÍA, MES Y AÑO)	Especificar la fecha (día, mes y año) en que se elabora el formato.
3	NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA	Registrar apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de la persona servidora pública a quien se le realiza la evaluación de salud.
4	FECHA DE NACIMIENTO	Indicar la fecha de nacimiento (día, mes y año) de la persona servidora pública.
5	CLAVE ISSEMYM	Escribir la clave de afiliación al ISSEMYM de la persona servidora pública.
6	SEXO	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, el sexo de la persona servidora pública H para hombre y M para mujer.
7	ÁREA DE TRABAJO	Asentar el nombre completo del área donde trabaja la persona servidora pública.
8	TURNO LABORAL	Marcar con una X en el recuadro según corresponda, el turno durante el cual labora la persona servidora pública.
9	NIVEL DE ESCOLARIDAD	Anotar el nivel de escolaridad de la persona servidora pública.
10	ESTADO CIVIL	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, el estado civil de la persona servidora pública.
11	NOMBRE COMPLETO DE LA INSTITUCIÓN PÚBLICA	Especificar el nombre completo de la institución pública donde labora la persona servidora pública.
12	RELIGIÓN	Registrar el nombre completo de la religión, que en su caso, profese la persona servidora pública.
13	NÚM. DE TELÉFONO (FIJO Y/O MÓVIL)	Indicar el número de teléfono (fijo y/o móvil) donde se localice a la persona servidora pública.
14	DOMICILIO COMPLETO	Escribir el nombre completo de la calle, número exterior y/o número interior, colonia, código postal, localidad, municipio y entidad federativa, donde vive la persona servidora pública.
15	ANTECEDENTES FAMILIARES	Marcar con una X en el recuadro según corresponda, las enfermedades que actualmente padecen o padecieron los familiares de la persona servidora pública.
16	ANTECEDENTES PERSONALES	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, las enfermedades que, en su caso, actualmente padece o padeció la persona servidora pública.
17	FACTORES NUTRICIONALES	Anotar en el recuadro según corresponda, el nombre de los alimentos y las cantidades o porciones que consume actualmente la persona servidora pública.
18	ESTADO DE LA DEGLUCIÓN	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, la respuesta que refiere la persona servidora pública.
19	ESTADO DE LA DENTADURA	Marcar con una X en el recuadro según corresponda, la respuesta que refiere la persona servidora pública.
20	TRATAMIENTOS RECIBIDOS	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, si recibe o no tratamiento, de ser positiva la respuesta, especificar el tipo de tratamiento.
EXCLUSIVO PARA PERSONAS DEL SEXO MASCULINO		
21	PROBLEMAS DE PRÓSTATA	Marcar con una X en cada recuadro, el grado de molestia que presenta el servidor público de acuerdo con el tipo de problemática y registrar la puntuación correspondiente.
EXCLUSIVO PARA PERSONAS DEL SEXO FEMENINO		
22	FACTORES DEL RIESGO MATERNO	Escribir y marcar con una X en el recuadro según corresponda, la respuesta que refiere la servidora pública.
23	LLENADO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DE SALUD	Registrar y marcar con una X en el recuadro correspondiente, la información de cada concepto que se obtiene durante la evaluación de salud.
24	DIAGNÓSTICO	Anotar el nombre completo del diagnóstico que presenta la persona servidora pública, de acuerdo con su evaluación psicológica correspondiente.
25	DETECCIÓN 1ª VEZ	Indicar si se trata o no de una detección de primera vez.
26	REFERENCIA	Especificar si la persona servidora pública deberá ser referida a su unidad médica de adscripción para el seguimiento, según corresponda.
27	EVALUADA	Registrar nombre(s), apellido paterno, apellido materno y asentar la firma autógrafa de la persona servidora pública a quien se le realiza la evaluación de salud.
28	EVALUÓ	Anotar nombre(s), apellido paterno, apellido materno y asentar la firma autógrafa de la médica o del médico que realiza la evaluación de salud.