

Recomendaciones del



para los

PROGRAMA INSTITUCIONAL  
DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

estudiantes que acuden a la evaluación de salud



## INTERESADO EN PROMOVER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE TE INVITAMOS A PARTICIPAR EN LA EVALUACION DE SALUD DE LOS ESTUDIANTES DE NUEVO INGRESO

Te daremos la oportunidad de conocer tu estado actual de salud además de dar seguimiento a la vigencia de tus derechos de salud de acuerdo al régimen de seguridad que te corresponde.





## DURANTE LA JORNADA SE REALIZARÁN DIVERSAS PRUEBAS Y ENCUESTAS RELACIONADAS CON:

1. Afiliación al seguro médico y tu cartilla de salud
2. Padecimientos actuales y alergias
3. Presión arterial y otras medidas antropométricas
4. Hábitos alimenticios
5. Hábitos de sueño
6. Métodos anticonceptivos y embarazo
7. Salud e higiene bucal
8. Fuerza, flexibilidad y resistencia física

# CUIDA TU FORMATO DE REGISTRO

Te daremos instrucciones para su llenado

Al final debes de entregarlo para que analicemos tu información.

La información recolectada es confidencial y solo podrá ser usada para investigación académica respetando tus derechos o para sugerirte servicios que requieras para mejorar tu estado de salud.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN  
Evaluación inicial del estado de salud para estudiantes.

Nombre: \_\_\_\_\_ PE: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Matrícula: \_\_\_\_\_ Grupo:  Único  
Email/Número de contacto: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**AFILIACIÓN**  
¿Seguro médico ¿Cual?  SI  NO  Seguro depende de:  
 Papá  Mama  Trabajo  Pareja  QUADY  OTRO  
¿Ya lo solicitaste?  SI  NO

¿Utiliza algún método anticonceptivo?  SI/A  NO **SEXUALIDAD**  
Pastillas A.  Condón  Otro: \_\_\_\_\_  
¿Estás embarazada?  SI  NO

¿Cuántas horas duermes al día? \_\_\_\_\_ ¿Tienes problemas para dormir?  SI  NO

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS**  
Diabetes  NO  SI Presión arterial:  NO  SI  
Cáncer  NO  SI Asma  NO  SI  
Lesión  NO  SI Alergias:  NO  SI Hipertensión arterial:  NO  SI  
Discapacidad:  NO  SI Operación:  NO  SI Med. Alm. Anl. Inse.  NO  SI  
Ayuda:  NO  SI Visual  Auditiva  Motora  Necesita:  Cognitiva  Social  Otra: \_\_\_\_\_

Ve bien:  SI  NO

**PRUEBA VISUAL**  
Año Ult. Optometría: \_\_\_\_\_ Usa de lentes:  SI  NO, pero no  NO  
Requiere optometría:  SI  NO

**PRUEBA AUDITIVA**  
¿Consideras que escuchas bien?  SI  NO

Índice	Derecho	Webber
<input type="checkbox"/> C. aérea >C. ósea	<input type="checkbox"/> C. aérea >C. ósea	<input type="checkbox"/> Línea media
<input type="checkbox"/> C. ósea >C. aérea	<input type="checkbox"/> C. ósea >C. aérea	<input type="checkbox"/> Lateraliza al lado izquierdo
		<input type="checkbox"/> Lateraliza al lado derecho

**REVISIÓN BUCAL**  
Año en el que te realizaron tu última limpieza dental: \_\_\_\_\_ Nunca, No recuerdo  
Año en el que acudiste por última vez al dentista: \_\_\_\_\_ Nunca, No recuerdo  
Dientes cariados: \_\_\_\_\_ / Perdidos: \_\_\_\_\_ / Obturados: \_\_\_\_\_ Inflammation: General Específica  
Píaca bacteriana:  SI  NO Sero:  SI  NO Dolor:  SI  NO  
 Desquido  Crepitación  Ninguna  al mover lateralmente  al borrar la mandíbula

**NUTRICIÓN**  
Peso: \_\_\_\_\_ kg. Talla: \_\_\_\_\_ cm. Perímetro cintura: \_\_\_\_\_ cm. Perímetro cadera: \_\_\_\_\_ cm.  
Comidas al día \_\_\_\_\_ Consumo de Frutas y verduras: \_\_\_\_\_ Preparación de alimentos \_\_\_\_\_ Consumo productos de origen animal \_\_\_\_\_  
Consumo de productos industrializados: \_\_\_\_\_ Compra comida \_\_\_\_\_

**PRUEBAS FÍSICAS**  
FC pre: \_\_\_\_\_ FC post: \_\_\_\_\_ FC rep: \_\_\_\_\_  
Legantías: \_\_\_\_\_ Flexibilidad: \_\_\_\_\_ cm.  
Abs: \_\_\_\_\_ Sentadilla isom: \_\_\_\_\_ seg.

CATEGORÍA	EJERCICIO/DEPORTE	FRECUENCIA	DURACION
-----------	-------------------	------------	----------

Logos: UAIS, SFR, UNY

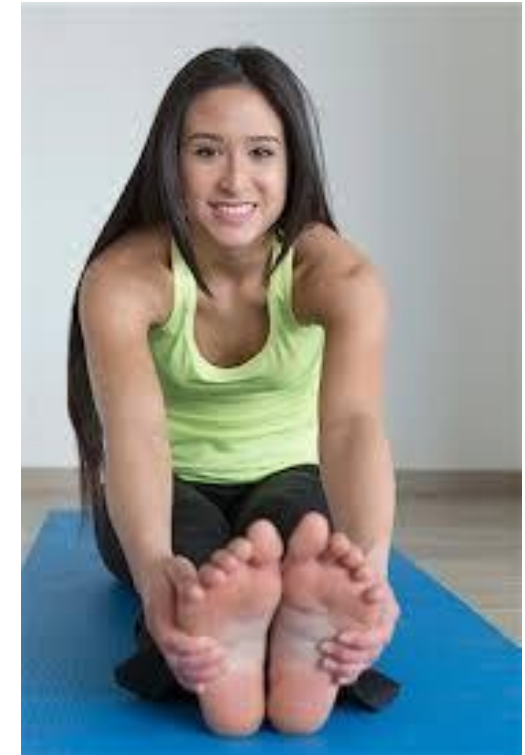
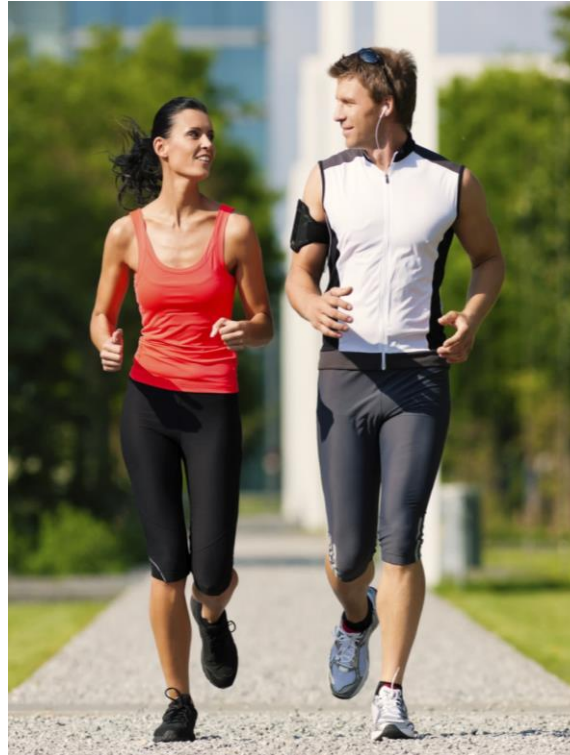
# PRESENTA TU CARTILLA NACIONAL DE SALUD

En el caso de tener tu carnet o **Cartilla del seguro**, preséntala.

Analizar su estado podrá ayudarnos a determinar si necesitas un cambio, así como podremos observar la evolución de su uso para poderte dar mejores sugerencias para tu salud.

Si no cuentas con ella o se encuentra en mal estado repórtala con nosotros para que tramitemos una nueva.





ASISTIR PUNTUAL  
Y CON ROPA CÓMODA

Se recomienda que asistas con ropa deportiva (pants, short, playera deportiva y tenis) ya que se harás ejercicios que requieren que puedas estirarte, agacharte, correr y acostarte en el piso entre otras.



Acude al punto de evaluación con el menor número de objetos personales posibles. El quitarte tus pulseras, reloj o vaciar tus bolsillos en cada punto del circuito retrasa tu atención y la de los demás.

**PRESTA ATENCIÓN Y RESPETA NUESTRAS INDICACIONES. ESTO AGILIZARÁ EL PROCESO.**



**RESPETA EL ORDEN DEL FOLIO QUE TE ASIGNARON**

SIGUE LA SECUENCIA QUE TE INDICA EL PERSONAL





PARA LAS MUJERES

De favor, un día antes de las evaluaciones retiren cualquier tipo de esmalte, uñas acrílicas u otro tipo de material de belleza que se hayan colocado en las uñas, debido al equipo médico que se utilizará en los dedos.

AGRADECIENDO TU COMPRENSIÓN Y APOYO,  
TE ESPERAMOS EN LA JORNADA.

**EQUIPO DE LA**



**PIPS**

PROGRAMA INSTITUCIONAL  
DE PROMOCIÓN DE LA SALUD



[www.facebook.com/pips.uady](https://www.facebook.com/pips.uady)