**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Matrícula\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: femenino\_\_\_\_\_ Masculino\_\_\_\_\_\_ Semestre\_\_\_\_\_\_ Edad\_\_\_\_\_\_

Estado civil: A) Soltera B) Casada C) Unión libre

Religión: A) Católico(a) B) Cristiano C) Testigo de Jeovhá D) Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Plantel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Municipio donde vive\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATOS SOBRE SALUD**

¿Qué tipo de seguridad social tienes?  
IMSS\_\_\_\_\_\_\_

ISSSTE\_\_\_\_\_\_\_

Otro\_\_\_\_\_\_\_

Ninguno\_\_\_\_\_\_\_

Que grupo sanguíneo y RH tienes\_\_\_\_\_\_

Peso en kilogramos\_\_\_\_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tienes alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud?

1. Diabetes
2. Hipertensión
3. Epilepsia
4. Algún tipo de tumor
5. Insuficiencia renal
6. Insuficiencia cardiaca
7. Artritis
8. Lupus
9. Anemia
10. Algún tipo de enfermedad en la piel
11. Otra (señala cuál)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Llevas algún tipo de tratamiento Médico

1. Si. Cual\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ b) No

¿Eres alégico a algo?

a) Sí b) No

En caso afirmativo, ¿a que eres alérgico? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Actualmente estas embarazada

1. Si\_\_\_ b) No \_\_\_\_

En caso de haber contestado afirmativamente a la pregunta anterior. Tu embarazo es de alto riesgo

Si\_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿En los últimos cinco años te han puesto alguna de las siguientes vacunas?

Hepatitis B a) Si b) No c) No recuerdo

Tétanos y difteria a) Si b) No c) No recuerdo

Influenza estacional a) Si b) No c) No recuerdo

Sarampión y rubeola a) Si b) No c) No recuerdo

Virus del papiloma humano a) Si b) No c) No recuerdo

Tienes algún tipo de problema

a) Visual a) Si b) No

b) Auditivo a) Si b) No

c) Motriz a) Si b) No

d) De lenguaje a) Si b) No

e) Intelectual a) Si b) No

**AUTOPERCEPCIÓN DEL PESO CORPORAL**

¿Cómo consideras tu peso actual?

1. Muy bajo de peso
2. Bajo de peso
3. Peso normal
4. Sobrepeso
5. Bastante sobrepeso

Por favor, según tu sexo, encierra con un círculo el dibujo que consideres más se parece a ti



