

Formato de ficha de diagnóstico inicial

Datos de la Institución				Foto	
Datos Generales del Estudiante (incluir cláusula de confidencialidad de los datos)					
Apellido Materno		Apellido Materno		Nombre(s)	
Sexo:	Femenino () Masculino ()	Fecha de nacimiento: (DD/MM/AA)		Lugar de nacimiento	
Nacionalidad			Clave Única de Registro de Población (CURP)		
Semestre:		Grupo:		Matrícula:	
Datos de la escuela donde cursó el último ciclo escolar	Nombre de la escuela	Domicilio de la escuela	Delegación o municipio	Entidad federativa	
Turno			Promedio de calificaciones en el ciclo escolar anterior		
¿Recibiste alguna beca?	No () Sí ()	¿Trabaja?	No () Sí ()		
Domicilio del Alumno					
Calle	No. exterior	No. interior	Colonia	Delegación o municipio	
Entidad	Código postal	Teléfono de casa		Teléfono celular	

Datos Familiares (En caso de emergencia llamar a)					
(Únicamente relaciona los datos de las personas que viven en tu misma casa)					
Apellidos	Nombre(s)	Sexo	Edad	Ocupación	Parentesco

Datos de la Madre			
Apellido paterno	Apellido materno		Nombre(s)
Fecha de nacimiento (DD/MM/AA)	Lugar de Nacimiento		Delegación o municipio
Entidad federativa	País		Clave Única de Registro de Población
Grado máximo de estudios			
<input type="checkbox"/> Sin estudios	<input type="checkbox"/> Secundaria concluida	<input type="checkbox"/> Tec. Sup. Universitario	<input type="checkbox"/> Maestría
<input type="checkbox"/> Primaria incompleta	<input type="checkbox"/> Carreta técnica	<input type="checkbox"/> Licenciatura incompleta	<input type="checkbox"/> Doctorado
<input type="checkbox"/> Primaria concluida	<input type="checkbox"/> Bachillerato incompleto	<input type="checkbox"/> Licenciatura concluida	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/> Bachillerato concluido	<input type="checkbox"/> Especialidad	Especificar
Trabaja	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Número de horas que trabaja a la semana:	

Datos del Padre			
Apellido paterno	Apellido materno		Nombre(s)
Fecha de nacimiento (DD/MM/AA)	Lugar de Nacimiento		Delegación o municipio
Entidad federativa	País		Clave Única de Registro de Población
Grado máximo de estudios			
<input type="checkbox"/> Sin estudios	<input type="checkbox"/> Secundaria concluida	<input type="checkbox"/> Tec. Sup. Universitario	<input type="checkbox"/> Maestría
<input type="checkbox"/> Primaria incompleta	<input type="checkbox"/> Carreta técnica	<input type="checkbox"/> Licenciatura incompleta	<input type="checkbox"/> Doctorado
<input type="checkbox"/> Primaria concluida	<input type="checkbox"/> Bachillerato incompleto	<input type="checkbox"/> Licenciatura concluida	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/> Bachillerato concluido	<input type="checkbox"/> Especialidad	Especificar
Trabaja	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Número de horas que trabaja a la semana:	

Ingresos Familiares					
¿Cuántas personas que viven en tu casa tienen ingresos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 o Más <input type="checkbox"/>
¿De quién dependes económicamente?	Padre <input type="checkbox"/>	Madre <input type="checkbox"/>	Hermano(a) <input type="checkbox"/>	Otro especificar (<input type="checkbox"/>)	

Ambiente Socioeconómico						
Marca los bienes y servicios que tiene tu vivienda						
Agua potable :	No () Si ()	Computadora :	No () Si ()			
Drenaje :	No () Si ()	Laptop :	No () Si ()			
Electricidad :	No () Si ()	Tableta :	No () Si ()			
Lavadora de ropa :	No () Si ()	Internet :	No () Si ()			
Estufa de gas :	No () Si ()	Televisión de paga (Sky, Dish, cable)	No () Si ()			
Horno de microondas :	No () Si ()	VHS :	No () Si ()			
Refrigerador :	No () Si ()	DVD :	No () Si ()			
Línea telefónica :	No () Si ()	Blu-Ray :	No () Si ()			
Para tu uso personal cuentas con :		¿Cuántos focos hay dentro de tu vivienda?				
Reproductor digital portátil de música :		1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 () 6 o Más ()
Tableta :	No () Si ()	¿Cuántos televisores hay en tu vivienda?				
Laptop :	No () Si ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 () 6 o Más ()

Salud				
Señala con una "X" cuál de las siguientes figuras corresponde a la percepción que tienes de tu apariencia física				
Endomorfo o grueso	Ectomorfo o delgado		Mesomorfo o atlético	
Estatura :	Durante el último semestre ¿has tenido algún problema de salud?			
Peso :	Sí ()	No ()	Especificar	
¿Actualmente cuenta con algún tipo de servicio de salud? No () Sí ()				
() IMSS	() Ejército o Marina		() IMSS Oportunidades	
() ISSTE	() Secretaría de salud		() Médico privado	
() PEMEX	() Seguro popular		() Otro especificar	
¿Con que frecuencia asistes al médico?				
() Cada semana	() Cada mes	() Cada seis meses	() Cada año	() Cuando me enfermo
¿Con que frecuencia asistes al dentista?				
() Cada semana	() Cada mes	() Cada seis meses	() Cada año	() Cuando me enfermo
¿Necesitas anteojos?				
() No los necesito	() Sólo para leer	() Sí los uso	() Sí los necesito pero no los uso	() No lo sé
¿Actualmente te encuentras bajo algún tratamiento médico? No () Sí ()				
En caso afirmativo ¿Cuál?				
¿Tiene alguna discapacidad física? No () Sí ()		¿Cuál?		
¿Has asistido o asistes a tratamiento psicológico o psiquiátrico?				
No ()	Sí ()	Desde (MM/AA)	Hasta (MM/AA)	¿Dónde?

Cuadro Clínico Familiar			
Durante el último año, ¿algún familiar ha padecido las siguientes enfermedades?			
Enfermedad	Familiar que la padece	Enfermedad	Familiar que la padece
Respiratorias		Obesidad	
Gastrointestinales		Diabetes mellitus	
Dermatológicas		Cardiovasculares	
Neurológicas		Hepáticas	
Hipertensión		Tumores	
Cáncer		Otra especificar	

Alimentación			
¿Con que frecuencia	De 1 a 2 veces por semana	De 3 a 4 veces por semana	De 5 a 7 veces por semana
Desayunas			
Comes			
Cenas			

Ejercicio y Deportes				
¿Cuántas veces a la semana haces ejercicio físico?				
() De 1 a 2 veces	() De 3 a 4 veces	() De 5 a 7 veces	() Nunca	
¿Practicas algún deporte? No () Sí ()		Marca con una "X" cuál de los siguientes :		
() Fútbol	() Béisbol	() Basquetbol	() Natación	() Atletismo
() Tenis	() Gimnasia	() Judo	() Karate	() Halterofilia
() Boxeo	() Lucha	() Ciclismo	() Charrería	() Otro especificar

Hábitos de Consumo						
¿Fumas?	No	Sí	¿Cuántos cigarros por día?	1 a 5 ()	6 a 10 ()	10 o más ()
En el siguiente cuadro marca con una "X" las opciones que consideres necesarias:						
¿Consumes?	No	Sí	¿Cuántas veces por semana?	Una	2 o 3	4 o más
Cerveza						
Vinos de mesa						
Cocteles						
Licores						
Otros						
Consideras que tus amigos						
¿Tienen alguna adicción? No () Sí ()			Especifica			
¿Consumen alguna droga? No () Sí ()			Especifica			

Recreación y Tiempo Libre		
Marca con una "X" las actividades que frecuentemente realizas		
<input type="checkbox"/> Ir al parque	<input type="checkbox"/> Hacer deporte	<input type="checkbox"/> Ver televisión
<input type="checkbox"/> Ir al cine	<input type="checkbox"/> Reunirte con amigos	<input type="checkbox"/> Ver películas
<input type="checkbox"/> Ir a bailar	<input type="checkbox"/> Salir con mi pareja	<input type="checkbox"/> Leer
<input type="checkbox"/> Jugar videojuegos	<input type="checkbox"/> Escuchar música	<input type="checkbox"/> Otro especificar
<input type="checkbox"/> Ir de compras	<input type="checkbox"/> Usar la computadora	

Internet			
¿Sabes usar internet? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		¿Tienes acceso a Internet? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, marca con una "X" las opciones que consideres necesarias			
<input type="checkbox"/> Jugar		<input type="checkbox"/> Hacer compras en línea	
<input type="checkbox"/> Uso de redes sociales como Facebook, Twitter, Blogs		<input type="checkbox"/> Leer periódicos , libros o revistas	
<input type="checkbox"/> Ver videos		<input type="checkbox"/> Escuchar o leer noticias	
<input type="checkbox"/> Bajar o escuchar música		<input type="checkbox"/> Descargar software	
<input type="checkbox"/> Chatear		<input type="checkbox"/> Ver paginas para adultos	
<input type="checkbox"/> Buscar amigos		<input type="checkbox"/> Intercambiar archivos	
<input type="checkbox"/> Buscar pareja		<input type="checkbox"/> Ver programas de televisión	
<input type="checkbox"/> Buscar empleo		<input type="checkbox"/> Bajar o ver películas	
<input type="checkbox"/> Correo electrónico		<input type="checkbox"/> Llamadas telefónicas (tipo Skype)	
<input type="checkbox"/> Foros de discusión		<input type="checkbox"/> Banca por Internet	
<input type="checkbox"/> Buscar y recibir información		<input type="checkbox"/> Otro Especificar	
¿Tienes?		¿Para qué lo utilizas?	
Correo electrónico	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Comunicarte	<input type="checkbox"/> Entretenimiento
Página web personal	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Relaciones de amistad	<input type="checkbox"/> Buscar amigos
Red social (Facebook, Twitter, etc)	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Relaciones profesionales	<input type="checkbox"/> Intercambiar información
Blog/Weblog	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Buscar pareja	<input type="checkbox"/> Otro

Telefonía Móvil	
¿Tienes teléfono celular? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Si es afirmativo, tienen acceso a Internet? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>

Participación Social			
¿Actualmente participas en alguna organización, asociación, equipo o grupo? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>			
En caso afirmativo señala con una "X" cuál o cuáles de ellos:			
<input type="checkbox"/> Estudiantil	<input type="checkbox"/> Beneficencia	<input type="checkbox"/> Político	<input type="checkbox"/> Académico
<input type="checkbox"/> Deportivo	<input type="checkbox"/> Religioso	<input type="checkbox"/> Otro especificar	