|  |  |
| --- | --- |
| **Preparatoria Regional de Jocotepec** | **Foto** |
| **Datos Generales del Estudiante** |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre(s) |
| Sexo: | Femenino ( ) | Fecha de nacimiento:  | Lugar de nacimiento: |
| Masculino ( ) |
| Delegación o municipio | Entidad federativa | País |
| Nacionalidad |  (CURP) |
| Datos de la escuela en 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 ( ) | Especificar |
| ¿Trabaja? | No ( ) Sí ( ) | Especificar |
| En caso de que tu respuesta sea afirmativa contesta lo siguiente | Nombre de la empresa |
| Puesto u ocupación |
| Horario de trabajo |
| Número de horas a la semana que trabaja |
| **Domicilio del Alumno** |
| Calle | No. exterior | No. interior | Colonia | Delegación o municipio |
| Entidad | Código postal | Teléfono de casa | Teléfono celular |

|  |
| --- |
| **Datos Familiares** |
| (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 | Lugar de Nacimiento | Delegación o municipio |
| Entidad federativa | País | Clave Única de Registro de Población |
| Grado máximo de estudios |
| ( ) Sin estudios | ( ) Secundaria concluida | ( ) Tec. Sup. Universitario | ( ) Maestría |
| ( ) Primaria incompleta | ( ) Carrera técnica | ( ) Licenciatura incompleta | ( ) Doctorado |
| ( ) Primaria concluida | ( ) Bachillerato incompleto | ( ) Licenciatura concluida | ( ) Otro |
| ( ) Secundaria incompleta | ( ) Bachillerato concluido | ( ) Especialidad | Especificar |
| Trabaja | No ( ) Sí ( ) | Número de horas a la semana que trabaja: |

|  |
| --- |
| **Datos del Padre** |
| Apellido paterno | Apellido materno | Nombre(s) |
| Fecha de nacimiento  | Lugar de nacimiento | Delegación o municipio |
| Entidad federativa | País | Clave Única de Registro de Población |
| Grado máximo de estudios |
| ( ) Sin estudios | ( ) Secundaria concluida | ( ) Tec. Sup. Universitario | ( ) Maestría |
| ( ) Primaria incompleta | ( ) Carrera técnica | ( ) Licenciatura incompleta | ( ) Doctorado |
| ( ) Primaria concluida | ( ) Bachillerato incompleto | ( ) Licenciatura concluida | ( ) Otro |
| ( ) Secundaria incompleta | ( ) Bachillerato concluido | ( ) Especialidad | Especificar |
| Trabaja | No ( ) Sí ( ) | Número de horas a la semana que trabaja: |

|  |
| --- |
| **Ingresos Familiares** |
| ¿Cuántas personas que viven en tu casa tienen ingresos? | 1 ( ) | 2 ( ) | 3 ( ) | 4 ( ) | 5 o Más () |
| ¿De quién dependeseconómicamente? | Padre ( ) | Madre ( ) | Hermano(a) ( ) | Otro especificar ( ) |
| **Ingresos Familiares Mensuales** |
| Persona con ingresos económicos | Ingreso mensual en pesos | Porcentaje |
| Hasta2,000 | 2,001 a6,000 | 6,001 a10,000 | 10,001 a20,000 | 20,001 a30,000 | Más de30,000 | destinado al gasto familiar |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Vivienda** |
| La casa donde vives es: | Propia ( ) | Rentada ( ) | Prestada ( ) | Otro ( ) especificar |
| Tipo de vivienda: | Casa ( ) | Departamento ( ) | Vecindad ( ) | Otro ( ) especificar |
| Las paredes son de: | Tabique ( ) | Madera ( ) | Lámina ( ) | Otro ( ) especificar |
| El piso es de: | Loseta ( ) | Cemento ( ) | Madera ( ) | Otro ( ) especificar |
| El techo es de: | Concreto ( ) | Lámina ( ) | Madera ( ) | Otro ( ) especificar |

|  |
| --- |
| **Ambiente Socioeconómico** |
| Marca los bienes y servicios que tiene tu vivienda |
| Agua potable: | No ( ) Sí ( ) | Computadora: | No ( ) Sí ( ) |
| Drenaje: | No ( ) Sí ( ) | Laptop: | No ( ) Sí ( ) |
| Electricidad: | No ( ) Sí ( ) | Tableta: | No ( ) Sí ( ) |
| Lavadora de ropa: | No ( ) Sí ( ) | Internet: | No ( ) Sí ( ) |
| Estufa de gas: | No ( ) Sí ( ) | Televisión de paga (Sky, Dish, Cable) | No ( ) Sí ( ) |
| Horno de microondas: | No ( ) Sí ( ) | VHS: | No ( ) Sí ( ) |
| Refrigerador: | No ( ) Sí ( ) | DVD: | No ( ) Sí ( ) |
| Línea telefónica: | No ( ) Sí ( ) | Blu-Ray: | No ( ) Sí ( ) |
| Para tu uso personal cuentas con: | ¿Cuántos focos hay dentro de tu vivienda? |
| Reproductor digital portátil de música: | No ( ) Sí ( ) | 1 ( ) | 2 ( ) | 3 ( ) | 4 ( ) | 5 ( ) | 6 o Más ( ) |
| Tableta: | No ( ) Sí ( ) | ¿Cuántos televisores hay en tu vivienda? |
| Laptop: | No ( ) Sí ( ) | 1 ( ) | 2 ( ) | 3 ( ) | 4 ( ) | 5 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 |
| ( ) ISSSTE | ( ) 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 lo necesito |
| ¿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 Personal** |
| Con relación a los siguientes cuadros indica qué trastornos has padecido y con qué frecuencia. | No los he padecido en los últimos seis meses | 1 o 2 veces en los últimos seis meses | 3 a 5 veces en los últimos seis meses | 6 o más veces en los últimos seis meses |
| **Gastrointestinales:** Dolor intenso enla boca del estómago o en el intestino, diarreas frecuentes, estreñimiento crónico, náusea o vómito frecuentes, mareos continuos, etcétera. |  |  |  |  |
| **Respiratorios:** Gripa o tos constantepor más de 15 días, dificultad para respirar sin haber realizado ejercicio vigoroso, tuberculosis, inflamación de ganglios, hipoacusia, dolor intenso en articulaciones, etcétera. |  |  |  |  |
| **Circulatorios:** Aumento de lafrecuencia de los latidos del corazón sin hacer ejercicio, hinchazón en manos, pies o párpados, problemas de corazón, venas, presión, etcétera. |  |  |  |  |
| **Hormonales o metabólicos:**Incremento o pérdida no voluntaria de más de cinco kilos, diabetes,hiper o hipotiroidismo, trastornos deldesarrollo, etcétera. |  |  |  |  |
| **De la piel:** Dermatitis frecuentes, acné,herpes, lunares, verrugas, tiña, hongos, etcétera. |  |  |  |  |
| **Neurológicos:** Convulsiones, mareos,desmayos, dolor de cabeza intenso que impide realizar actividades cotidianas, somnolencia durante tus actividades diarias, etcétera. |  |  |  |  |
| **Genitourinarios:** Ardor o comezónen los genitales, úlceras o verrugasen los genitales, secreciones genitales verdosas o amarillentas, enfermedades de transmisión sexual, insuficiencia renal, cistitis, sangrado al orinar, etcétera. |  |  |  |  |
| **Alergias:**especificar: |  |  |  |  |
| **Otros:**especificar: |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **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 qué 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 |  |  |  |
| ¿Con qué frecuencia consumes? | Todos los días | Varias veces a lasemana | De vez en cuando | Nunca |
| Frutas frescas |  |  |  |  |
| Verduras |  |  |  |  |
| Cereales (trigo, avena, etcétera) |  |  |  |  |
| Tubérculos (papa, camote) |  |  |  |  |
| Lácteos (leche, queso, yogurt) |  |  |  |  |
| Leguminosas (frijoles, habas, lentejas) |  |  |  |  |
| Carne roja (res, cerdo) |  |  |  |  |
| Carne blanca (pollo, pescado) |  |  |  |  |
| Refrescos o aguas dulces |  |  |  |  |
| Jugos naturales o envasados |  |  |  |  |
| Golosinas dulces |  |  |  |  |
| Golosinas saladas (papitas) |  |  |  |  |
| Comida rápida (hotdogs, tacos, tortas) |  |  |  |  |
| Pan dulce |  |  |  |  |
| Pan blanco o bolillo |  |  |  |  |
| Tortillas |  |  |  |  |
| Cuando tomas algún alimento ¿te sientes mal o cansado? No ( ) Sí ( ) |

|  |
| --- |
| **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: |
| ( ) Futbol | ( ) 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 |
| ( ) Ir al parque | ( ) Hacer deporte | ( ) Ver televisión |
| ( ) Ir al cine | ( ) Reunirte con amigos | ( ) Ver películas en casa |
| ( ) Ir a bailar | ( ) Salir con mi pareja | ( ) Leer |
| ( ) Jugar videojuegos | ( ) Escuchar música | ( ) Otro especificar |
| ( ) Ir de compras | ( ) Usar la computadora |

|  |
| --- |
| **Internet** |
| ¿Sabes usar Internet? No ( ) Sí ( ) | ¿Tienes acceso a Internet? No ( ) Sí ( ) |
| En caso afirmativo, marca con una “X” el lugar principal en el que tienes acceso |
| ( ) Casa | ( ) Escuela | ( ) Trabajo |
| ( ) Café Internet | ( ) Casa de algún amigo o familiar | ( ) Otro Especificar |
| ¿Para qué utilizas el Internet? (marca con una “X” las opciones que consideres necesarias) |
| ( ) Jugar | ( ) Hacer compras en línea |
| ( ) Uso de redes sociales como Facebook, Twitter, Blogs | ( ) Leer periódicos, libros o revistas |
| ( ) Ver videos | ( ) Escuchar o leer noticias |
| ( ) Bajar o escuchar música | ( ) Descargar software |
| ( ) Chatear | ( ) Ver páginas para adultos |
| ( ) Buscar amigos | ( ) Intercambiar archivos |
| ( ) Buscar pareja | ( ) Ver programas de televisión |
| ( ) Buscar empleo | ( ) Bajar o ver películas |
| ( ) Correo electrónico | ( ) Llamadas telefónicas (tipo Skype) |
| ( ) Foros de discusión | ( ) Banca por Internet |
| ( ) Buscar y recibir información | ( ) Otro Especificar |
| ¿Tienes? | ¿Para qué lo utilizas? |
| Correo electrónico | No ( ) Sí ( ) | ( ) Comunicarte | ( ) Entretenimiento |
| Página web personal | No ( ) Sí ( ) | ( ) Relaciones de amistad | ( ) Buscar amigos |
| Red Social (Facebook, Twitter, etc.) | No ( ) Sí ( ) | ( ) Relaciones profesionales | ( ) Intercambiar información |
| Blog/Weblog | No ( ) Sí ( ) | ( ) Buscar pareja | ( ) Otro |

|  |
| --- |
| **Participación Social** |
| ¿Actualmente participas en alguna organización, asociación, equipo o grupo? No ( ) Sí ( ) |
| En caso afirmativo señala con una “X” cuál o cuáles de ellos: |
| ( ) Estudiantil | ( ) Beneficencia | ( ) Político | ( ) Académico |
| ( ) Deportivo | ( ) Religioso | ( ) Otro especificar |

|  |
| --- |
| **Telefonía Móvil** |
| ¿Tienes teléfono celular? No ( ) Sí ( ) Si es afirmativo, tienes acceso a Internet? No ( ) Sí ( ) |
| Teléfonos de localización: (1) (2) |
| En caso de emergencia contactar a: (Nombre) Teléfono: ( ) Beneficencia( ) Político( ) Académico |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre y firma del alumno