|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 dependes  económicamente? | Padre ( ) | | Madre ( ) | | | | | Hermano(a) ( ) | | | | Otro especificar ( ) | | |
| **Ingresos Familiares Mensuales** | | | | | | | | | | | | | | |
| Persona con ingresos económicos | | Ingreso mensual en pesos | | | | | | | | | | | Porcentaje | |
| Hasta  2,000 | | 2,001 a  6,000 | 6,001 a  10,000 | | 10,001 a  20,000 | | 20,001 a  30,000 | | Más de  30,000 | | 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 en  la boca del estómago o en el intestino, diarreas frecuentes, estreñimiento crónico, náusea o vómito frecuentes, mareos continuos, etcétera. |  |  |  |  |
| **Respiratorios:** Gripa o tos constante  por 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 la  frecuencia 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 del  desarrollo, 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 comezón  en los genitales, úlceras o verrugas  en 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 la  semana | 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