



INTEGRAL

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE INCORPORACIÓN Y
REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS

CÉDULA DE BIENESTAR



CÉDULA DE BIENESTAR INTEGRAL

La información recabada por este instrumento cumple con el código de seguridad y transparencia de DGIRE, que respeta los derechos a la confidencialidad. Su registro es voluntario y su uso se limita al monitoreo y seguimiento del bienestar, para promover el cuidado de la salud integral de su personal, en apoyo al seguimiento en tiempos del COVID 2019

NOTA : Para poder responder desde el celular, es necesario descargar la **APP** gratuita **PDF Expert**, disponible para dispositivos IOS y Android..

Nombre:

Área de asignación:

Descripción de actividades:

Lugar de nacimiento:

Edad:

Peso:

Altura:

Código postal de vivienda actual:

Descripción de la familia de origen (padre, madre, hermanos, actividades realizadas) Conteste SI o NO y complete únicamente los datos que correspondan:

	Vivo	Edad	Enfermedad actual	Finado	Causa de muerte
Padre					
Madre					
Hermano (a)					
Hermano (a)					
Hermano (a)					
Hermano (a)					
Otro Especificar					



INTEGRAL



Antecedentes Hereditarios

Conteste SI o NO y complete únicamente los datos que correspondan:

Padecimiento	SI	NO	Familiar Afectado	Comentario
Diabetes				
Hipertensión				
Depresión				
Cáncer				
Otro Especificar				

Descripción de integrantes de la familia con quienes convive.

Conteste SI o NO y complete únicamente los datos que correspondan:

	SI	Edad	Actividad	Enfermedad	Comentarios
Padre					
Madre					
Hermano (a)					
Hermano (a)					
Hermano (a)					
Hermano (a)					
Esposo (a) o Pareja					
Hijo (a)					
Hijo (a)					
Hijo (a)					
Hijo (a)					
Otro Especificar:					



INTEGRAL



Antecedentes personales de salud (enfermedades, cirugías, diagnósticos o internamientos)

Padecimientos anteriores	Descripción	Año
Complicación al nacer		
Enfermedad		
Cirugía		
Internamiento		
Alergias		
Alergia a medicamentos		

Vacunas recibidas	SI	NO
Influenza		
Tuberculosis		

Padecimiento Actual	Descripción	Medicamento



INTEGRAL



Uso de prótesis (lentes, fajas, auriculares, dientes):

Descripción de factores personales que comprometen su salud física o emocional:

Descripción de factores personales que fortalecen su salud física y mental:

Respuesta Emocional

Con base a su experiencia en la última semana, describa su respuesta emocional ante el estrés:

Respuesta	Leve	Controlada	Exagerada	Comentario
Enojo				
Tristeza				
Miedo				
Angustia				

Hábitos (promedio estimado)

	Diario	Frecuente	Ocasional	Nunca
Alimentación				
Consumo de verduras				
Consumo de fruta				
Consumo de carne				
Consumo de leguminosas				
Consumo de postres y panes				
Consumo de garnachas grasas				
Consumo de alimentos 'chatarra'				
Actividad Física				
Caminar				
Correr				



INTEGRAL

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE INCORPORACIÓN Y
REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS

CÉDULA DE BIENESTAR



Ejercicio				
Bicicleta				
Futbol				
Otro				
Consumo				
Tabaco				
Alcohol				
Marihuana				
Pastilla para dormir				
Respuesta general al conflicto				
Brotos de agresión				
Brotos de ansiedad				
Brotos de depresión				
Otro				

	SI	NO	Descripción
Antecedentes COVID			
Prueba positiva			
Enfermedad personal			
Enfermedad de familiar			
Enfermedad en casa			
Hospitalización personal			
Hospitalización de familiar			

Información adicional relevante (cuidado de familiares enfermos, trabajo extraordinario, aspiraciones, temores)
