



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

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

CÉDULA DE BIENESTAR



**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
<b>Alimentación</b>				
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'				
<b>Actividad Física</b>				
Caminar				
Correr				



INTEGRAL

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

CÉDULA DE BIENESTAR



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

	SI	NO	Descripción
<b>Antecedentes COVID</b>			
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)

---



---