



Mi Universidad

Nombre del Alumno HECTOR FRANCISCO AGUILAR MARTINEZ

Nombre del tema cedula de micro diagnóstico familiar.

SEGUNDO CUATRIMESTRE DE ENFERMERIA

Nombre de la profesora DRA. CRISNA MIDORI CORDOVA SANCHEZ

Nombre de la Licenciatura ENFERMERIA EJECUTIVA

Cuatrimestre III

MATERIA: SALUD PUBLICA

ENTREVISTA A UNA ENFERMERA

¿PARA QUE SIRVE Y QUE INFORMACION LES BRINDA LA CEDULA DE MICRODIAGNOSTICO FAMILIAR?

- PARA TENERLA COMO HERRAMIENTA PARA LA RECOPIACION DE INFORMACION DETALLADA DE LAS FAMILIAS COMO VIVIENDA NIVEL DE ESTUDIOS Y IDENTIFICAR RIESGOS DE SALUD.

¿Qué SE REALIZA EN LAS VISITAS DOMICILIARIAS?

- SE REALIZA A TODO PACIENTE INASISTENTE QUE LLEVA UN CONTROL EN UNA UNIDAD DE SALUD.

CEDULA DE MICRODIAGNOSTICO FAMILIAR LLENADA A MANO.

SERVICIOS DE SALUD IMSS IMSS-BIENESTAR		Unidad de Atención a la Salud Coordinación de Unidades de Primer Nivel Cédula de Microdiagnóstico Familiar	
<p>La Cédula de Microdiagnóstico Familiar tiene como propósito conocer la situación actual de las familias cuyos miembros pertenecen a la población objetivo de la unidad. Los datos recopilados se utilizarán para el conocimiento del profesional de la salud sobre la población a la que ofrece su servicio con la finalidad de identificar áreas de oportunidad y diseñar estrategias que permitan brindar promoción, prevención y atención de la salud con una visión integral del paciente.</p>			
<p>I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD DE SALUD Instrucción: Complete la información de la unidad de salud a la que pertenece Favor de reportar la CLUES en 11 dígitos "L" letra "N" número.</p>		<p>II. IDENTIFICACIÓN DEL ENTREVISTADOR Complete los datos de contacto del personal que reporta la cédula Turno: matutino/vespertino. Horario: formato 24:00 h. Fecha de registro: DD/MM/AAAA.</p>	
CLUES	LLLLNNNNNN CSTMB000945	Municipio	Atlix de la Gran Pera, Coahuila de Zaragoza
Nombre de la Unidad	US Fr. Coahuila	Distrito	
Entidad	Chiapas	Número de Núcleos	8 Nib.
Nombre	Hecker Fro Aguilera	Turno	matutino
Cargo	Est. UDS.	Horario	De: 9:00 hrs a: 19:00 hrs.
Especialidad	Lo Enferm.	Fecha de registro	06/07/2015
<p>III. IDENTIFICACIÓN DE LA FAMILIA</p>			
Nombre Completo	Ilce Martinez L	Rol familiar	Madre.
Datos de la persona que proporciona la información de la familia		Domicilio	Calle Cuautemoc, Fr. Coahuila, 3
		Localidad	3
		Manzana	53
		Vivienda	
<p>IV. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA</p>			
<p>Material de construcción del techo Marque con "X" la opción que mejor aplique para las características enunciadas de la vivienda.</p>		<p>Material de construcción de paredes Marque con "X" la opción que mejor aplique para las características enunciadas de la vivienda.</p>	
Concreto o cemento	Madera	Lámina	Otros (especifique)
X			
<p>Materiales de construcción de pisos Marque con "X" la opción que mejor aplique para las características enunciadas de la vivienda.</p>		<p>Materiales de construcción de pisos Marque con "X" la opción que mejor aplique para las características enunciadas de la vivienda.</p>	
Concreto o cemento	Madera	Tierra	Otros (especifique)
X			
<p>Habitantes Añote la cantidad solicitada referente a la vivienda.</p>		<p>Servicios Marque con una "X" según corresponda de acuerdo con el servicio enunciado.</p>	
Número de cuartos	Número de habitantes	Agua entubada	Energía Eléctrica
3	4	X	X
<p>Excretas Marque con "X" al manejo de excretas.</p>		<p>Compartimentación Marque con una "X" según corresponda.</p>	
WC	Letrina	Al ras de suelo	
X			
<p>Cuenta con:</p>		<p>Compartimentación Marque con una "X" según corresponda.</p>	
Red de alcantarillado	Fosa Séptica	¿Hay perros y/o gatos dentro de la vivienda?	¿Realiza la cocción de alimentos con leña?
X		X	ninguno
<p>En caso de que conviva con otro tipo de animales, marque con "X" la opción que mejor corresponda.</p>		<p>Compartimentación Marque con una "X" según corresponda.</p>	
Sí	No	Aves de corral	Bovinos
X			
<p>V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN En caso de aplicación de vacuna complete la información solicitada.</p>			
Identificación del paciente	No. 1	No. 2	No. 3
Fecha de nacimiento	08/01/1999	08/01/1999	07/06/2002
Edad	26 años	26 años	27 años
<p>VACUNA Marque con una "X" en caso de vacuna aplicada.</p>			
BCC	Única		
	1era	X	
COVID-19	2da		
	Refuerzo		
DPT (Difteria, bordetella pertusis y tétanos)	Única	X	
Hepatitis A	Única		
Hepatitis B	1era	X	
	2da		
Hexavalente (DPT+VPI+Hib+HepB)	1era	X	
	2da		



SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR

Unidad de Atención a la Salud
Coordinación de Unidades de Primer Nivel
Cédula de Microdiagnóstico Familiar

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN

En caso de aplicación de vacuna complete la información solicitada

Identificación del paciente		No. 1	No. 2	No. 3	No. 4	No. 5	No. 6	No. 7	No. 8	No. 9
Fecha de nacimiento		08/01/1990	08/01/1991	07/06/2000	21/07/1998					
Edad		26 años	26 años	23 años	27 años					
VACUNA										
Marque con una "X" en caso de vacuna aplicada										
Influenza estacional	Única	X	X	X	X					
Neumocócica conjugada (13 valente)	1era									
	2da									
	3era									
	Refuerzo									
Neumocócica Polisacárida (23 serotipos)	Refuerzo									
Rotavirus (RV1)	1era									
	2da									
SR (Sarampión, rubeola)	Única									
	Refuerzo									
SRP Tríplice viral (Sarampión, rubeola y parotiditis)	1era									
	2da									
Td (Tétanos, difteria)	1era									
	2da									
	3era									
	Refuerzo									
Tdpa (Tétanos, difteria, tos ferina)	Única									
VPH (Virus del Papiloma Humano)	Única	X		X						
	1era									
	2da									
	3era									
Varicela	1era									
	2da									
	Refuerzo									
Otra (Especifique)										

La Cédula de Microdiagnóstico Familiar tiene como propósito conocer la situación actual de las familias cuyos miembros pertenecen a la población objetivo de la unidad. Los datos recopilados se utilizarán para el conocimiento del profesional de la salud sobre la población a la que ofrece su servicio con la finalidad de identificar áreas de oportunidad y diseñar estrategias que permitan brindar promoción, prevención y atención de la salud con una visión integral del paciente.

VI. Composición familiar, estilo de vida y uso de servicios de salud

1. Nombre completo	Sexo Masculino/Femenino	Fecha de nacimiento DD/MM/AAAA	Edad Reportar años cumplidos. Menores de 2 años reportar meses.	Estado civil Soltero(a), Casado(a), Viudo(a), Unión libre	Lengua Español-Lengua indígena (Especificar cual)	Alfabetización Si/No	Parentesco/Rol familiar Madre-Padre-Hijo(a)-Abuelo(a)	Escolaridad Preescolar-Primaria-Secundaria-Bachillerato-Licenciatura-Maestría-Doctorado	Ocupación Anotar el nombre de profesión u oficio. Considerar las opciones estudiante, hogar y desempleado.	Ingreso-salario mínimo Hasta un salario mínimo 1 a 2; 2 a 3; 3 a 5; mayor a 5. No recibe ingresos	Alimentación Anotar el número de veces a la semana que consume los alimentos enunciados
Else martinez Lopez	Femenino	20/03/1979	46 años	Casada	Español	No	Tia	Secundaria	Hogar	2 a 3	2 / de 7 días: carne, pescado y pollo. 3 / de 7 días: frutas y verduras. 3 / de 7 días: cereales, granos y leguminosas
Seguridad Social Si/No	Higiene familiar ¿Se baña y realiza aseo buco-dental al menos una vez al día? Si/No	Toxicomanías Alcoholismo-Tabaquismo- Otras sustancias	Enfermedades crónicas degenerativas Obesidad- Hipertensión- Diabetes Mellitus tipo 2- Tosedor crónico	Atención de embarazo Sector Público-Privado-Hogar	Tamizaje Cáncer cervico-uterino Si/No Fecha (DD/MM/AAAA)	Tamizaje Cáncer de mama Si/No Fecha (DD/MM/AAAA)	¿Presenta algún tipo de discapacidad? Si (Especifique) - No	Servicios de Salud Frecuencia Mensual-Trimestral-Semestral-Anual	Servicios de Salud Motivo de uso		
No	Si	NA	NA	Privado	No	No	No	NO	ANUAL	infecciones gastro.	
2. Nombre completo	Sexo Masculino/Femenino	Fecha de nacimiento DD/MM/AAAA	Edad Reportar años cumplidos. Menores de 2 años reportar meses.	Estado civil Soltero(a), Casado(a), Viudo(a), Unión libre	Lengua Español-Lengua indígena (Especificar cual)	Alfabetización Alfabeta- Analfabeta	Parentesco/Rol familiar Madre-Padre-Hijo(a)-Abuelo(a)	Escolaridad Preescolar-Primaria-Secundaria-Bachillerato-Licenciatura-Maestría-Doctorado	Ocupación Primario-Secundario-Terciario-Desempleado-Estudante	Ingreso-salario mínimo Hasta un salario mínimo 1 a 2; 2 a 3; 3 a 5; mayor a 5. No recibe ingresos	Alimentación Anotar el número de veces a la semana que consume los alimentos enunciados
Seguridad Social Si/No	Higiene familiar ¿Se baña y realiza aseo buco-dental al menos una vez al día? Si/No	Toxicomanías Alcoholismo-Tabaquismo- Otras sustancias	Enfermedades crónicas degenerativas Obesidad- Hipertensión- Diabetes Mellitus tipo 2- Tosedor crónico	Atención de embarazo Público-Privado-Hogar	Tamizaje Cáncer cervico-uterino Si/No Fecha (DD/MM/AAAA)	Tamizaje Cáncer de mama Si/No Fecha (DD/MM/AAAA)	¿Presenta algún tipo de discapacidad? Si (Especifique) - No	Servicios de Salud Frecuencia Mensual-Trimestral-Semestral-Anual	Servicios de Salud Motivo de uso		
3. Nombre completo	Sexo Masculino/Femenino	Fecha de nacimiento DD/MM/AAAA	Edad Reportar años cumplidos. Menores de 2 años reportar meses.	Estado civil Soltero(a), Casado(a), Viudo(a), Unión libre	Lengua Español-Lengua indígena (Especificar cual)	Alfabetización Alfabetizado- Analfabeto	Parentesco/Rol familiar Madre-Padre-Hijo(a)-Abuelo(a)	Escolaridad Preescolar-Primaria-Secundaria-Bachillerato-Licenciatura-Maestría-Doctorado	Ocupación Primario-Secundario-Terciario-Desempleado-Estudante	Ingreso-salario mínimo Hasta un salario mínimo 1 a 2; 2 a 3; 3 a 5; mayor a 5. No recibe ingresos	Alimentación Anotar el número de veces a la semana que consume los alimentos enunciados
Seguridad Social Si/No	Higiene familiar ¿Se baña y realiza aseo buco-dental al menos una vez al día? Si/No	Toxicomanías Alcoholismo-Tabaquismo- Otras sustancias	Enfermedades crónicas degenerativas Obesidad- Hipertensión- Diabetes Mellitus tipo 2- Tosedor crónico	Atención de embarazo Público-Privado-Hogar	Tamizaje Cáncer cervico-uterino Si/No Fecha (DD/MM/AAAA)	Tamizaje Cáncer de mama Si/No Fecha (DD/MM/AAAA)	¿Presenta algún tipo de discapacidad? Si (Especifique) - No	Servicios de Salud Frecuencia Mensual-Trimestral-Semestral-Anual	Servicios de Salud Motivo de uso		

SERVICIOS DE SALUD Unidad de Atención a la Salud
COORDINACIÓN DE UNIDADES DE PRIMER NIVEL
CEDULA DE MICRODIGNOSIDAD

La Cedula de Microdignosidad Formulario tiene como propósito conocer la situación actual de las familias con miembros pertenecientes a la población objetivo de la unidad. Es importante destacar que el llenado de la cedula no tiene ninguna finalidad punitiva o de sanción, los datos recopilados se utilizarán para el desarrollo de las acciones de salud y el cumplimiento del compromiso de protección de la salud sobre la población a que ofrece su servicio con la finalidad de identificar áreas de oportunidad y diseñar estrategias que permitan brindar prevención, promoción y atención.

M. COORDINADOR FAMILIA, ESTILO DE VIDA Y USO DE SERVICIOS DE SALUD

Proporcionar la información necesaria considerando las opciones enumeradas según correspondiera.

4. Nombre completo		Sexo	Fecha de nacimiento	Edad	Estado civil	Lengua	Abastecida	Pariente(s)	Extranjero	Ocupación	Ingreso mensual	Atención
Seguridad Social S/ No		Seguro familiar (solo para el esposo) o seguro de responsabilidad S/ No	Tutorías de salud (seguros de salud) o de otras instituciones S/ No	Edad	Estado civil (Soltero, Casado, Viudo, Unión libre) S/ No	Lengua materna (Español, Lengua indígena, Lengua extranjera) S/ No	Abastecida (Abastecida, No abastecida) Fecha (DDMM/AAAA)	Pariente(s) (Hijo, Hija, Padre, Madre, Abuelo) S/ No	Extranjero (Extranjero, No extranjero) Fecha (DDMM/AAAA)	Ocupación (Primario, Secundario, Terciario, Cuaternario) S/ No	Ingreso mensual (Menos de \$1.231,3; \$1.231,3 a \$1.500,0; Más de \$1.500,0) S/ No	Atención (Atención, No atención) S/ No
5. Nombre completo		Sexo	Fecha de nacimiento	Edad	Estado civil	Lengua	Abastecida	Pariente(s) <td>Extranjero <td>Ocupación <td>Ingreso mensual <td>Atención</td> </td></td></td>	Extranjero <td>Ocupación <td>Ingreso mensual <td>Atención</td> </td></td>	Ocupación <td>Ingreso mensual <td>Atención</td> </td>	Ingreso mensual <td>Atención</td>	Atención
Seguridad Social S/ No		Seguro familiar (solo para el esposo) o seguro de responsabilidad S/ No	Tutorías de salud (seguros de salud) o de otras instituciones S/ No	Edad	Estado civil (Soltero, Casado, Viudo, Unión libre) S/ No	Lengua materna (Español, Lengua indígena, Lengua extranjera) S/ No	Abastecida (Abastecida, No abastecida) Fecha (DDMM/AAAA)	Pariente(s) (Hijo, Hija, Padre, Madre, Abuelo) S/ No	Extranjero (Extranjero, No extranjero) Fecha (DDMM/AAAA)	Ocupación (Primario, Secundario, Terciario, Cuaternario) S/ No	Ingreso mensual (Menos de \$1.231,3; \$1.231,3 a \$1.500,0; Más de \$1.500,0) S/ No	Atención (Atención, No atención) S/ No
6. Nombre completo		Sexo	Fecha de nacimiento	Edad	Estado civil	Lengua	Abastecida	Pariente(s) <td>Extranjero</td> <td>Ocupación <td>Ingreso mensual <td>Atención</td> </td></td>	Extranjero	Ocupación <td>Ingreso mensual <td>Atención</td> </td>	Ingreso mensual <td>Atención</td>	Atención
Seguridad Social S/ No		Seguro familiar (solo para el esposo) o seguro de responsabilidad S/ No	Tutorías de salud (seguros de salud) o de otras instituciones S/ No	Edad	Estado civil (Soltero, Casado, Viudo, Unión libre) S/ No	Lengua materna (Español, Lengua indígena, Lengua extranjera) S/ No	Abastecida (Abastecida, No abastecida) Fecha (DDMM/AAAA)	Pariente(s) (Hijo, Hija, Padre, Madre, Abuelo) S/ No	Extranjero (Extranjero, No extranjero) Fecha (DDMM/AAAA)	Ocupación (Primario, Secundario, Terciario, Cuaternario) S/ No	Ingreso mensual (Menos de \$1.231,3; \$1.231,3 a \$1.500,0; Más de \$1.500,0) S/ No	Atención (Atención, No atención) S/ No

ANALISIS DE PARA QUE SIRVE LA HOJA DE MICRODIAGNOSTICO FAMILIAR

SIRVE PARA HACER UNA EVALUCION MINUCIOSA DE LOS DETERMINANTES DE SALUD EN DONDE LOS DETERMINANTES DE SALUD SON EJEMPLOS DE COMO AN CONSERVADO SU SALUD EN BIENESTAR Y ASI TENER UN CONTROL EPIDEMIOLOGICO DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA FAMILIA PARA ASI SABER QUE ACCIONES EN SALUD PARA LA USENCIA DE ENFERMEDAD SE DEVEN DE ACCIONAR EN LAS UNIDADES DE SALUD COMO POR EJEMPLO EN LA UNIDAD DEL IMSS DONDE ESTA HOJA MICRODIACNOSTICO FAMILIAR SIRVE PARA EVALUAR LA PROMOSION DE LA SALUD Y PREVENCION DE ENFERMEDADES RESPECTO AL PRIMER NIVEL DE SALUD.

INFORMACION OBTENIDA DE UNA VISITA DOMICILIAR

EN UNA VISITA DOMICILIAR ES PARA CORRABOLAR LOS DATOS QUE YA SE TENIAN DE ESE DOMICILIO Y ASI SABER LOS CABIOS QUE SE HAN LLEVADO EN ESE DOMICILIO SI FAVORECEN O NO A LA AUCENCIA DE ENFERMEDAD Y CORRECTA SALUD PARA ERRADICAR LA ENFERMEDAD EVITANDO EN PRIMERA INSTANCIA SU PROPAGACION CUANDO MIENTRAS Y CUANDO SEA DE PACIENTES INASISTENTES QUE LLEVAN UN CONTROL EN UNA UNIDAD DE SALUD FORTALECIENDO ASI SUS DETERMINANTES DE LA SALUD A NIVEL A NIVEL DOMICILIAR DEL PACIENTE Y DE LOS DEMAS DOMICILIOS SINERGAMMENTE.



