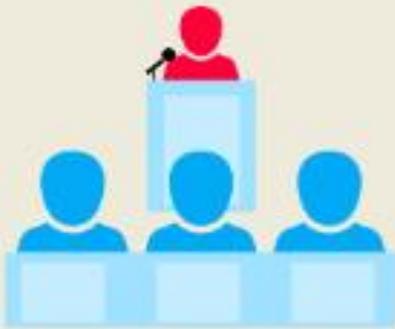




Mi Universidad

UNIVERSIDAD  
DEL  
SURESTE



**NOMBRE DEL ALUMNO: MELISSA ESCOBAR ESCOBAR**

**MODULO: 2DO MODULO**

**NOMBRE DE LA MATERIA: SALUD PUBLICA**

**NOMBRE DEL PROFESOR: DRA. KRISNA MIDORI CORDOVA SANCHEZ**

**NOMBRE DE LA LICENCIATURA: ENFERMERIA**

**CUATRIMESTRE: 3ER CUATRIMESTRE**



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.

**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

**II. IDENTIFICACIÓN DEL ENTREVISTADOR**

Complete los datos de contacto del personal que reporta la cédula  
Turno: matutino/vespertina. Horario: formato 24:00 h. Fecha de registro: DD/MM/AAAA.

|                     |         |                   |                           |              |                       |                   |                      |
|---------------------|---------|-------------------|---------------------------|--------------|-----------------------|-------------------|----------------------|
| CLUES               |         | Municipio         | Frontera Comalapa Chiapas | Nombre       | Melissa Esobar Esobar | Turno             | Matutino             |
| Nombre de la Unidad |         | Distrito          |                           | Cargo        | Enfermera             | Horario           | De: 8:00 h. A: 14:00 |
| Entidad             | CHIAPAS | Número de Núcleos |                           | Especialidad | NA                    | Fecha de registro | 14/07/2025           |

**III. IDENTIFICACIÓN DE LA FAMILIA**

| Nombre Completo  | Rol familiar   | Domicilio   | Localidad | Manzana | Vivienda |
|--|--|---|-----------|---------|----------|
| Datos de la persona que proporciona la información de la familia | Escriba el rol familiar del entrevistado (Madre, padre, hijo(a), abuelo(a)). | Calle, número, colonia, municipio, estado, código postal. |           |         |          |
| Jesús Marleni Esobar Velazquez                                   | MADRE  | AV 3A PTE SUR 13, B Cuernavaca, Frig Comalapa Chi. 2014   |           | 4       |          |

**IV. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA**

| Material de construcción del techo   |                      |                 |   | Material de construcción de paredes  |         |                      |  | Material de construcción de piso  |  |        |                     |
|--|----------------------|-----------------|---|--|---------|----------------------|--|---|--|--------|---------------------|
| Marque con "X" la opción que mejor aplique para las características enunciadas de la vivienda. |                      |                 |   | Marque con "X" la opción que mejor aplique para las características enunciadas de la vivienda    |         |                      |  | Marque con "X" la opción que mejor aplique para las características enunciadas de la vivienda |  |        |                     |
| Concreto o cemento   | Madera               | Lámina          | Otros (especifique)   | Concreto o cemento   | Madera  | Lámina               | Otros (especifique)                            | Concreto o cemento  | Madera                                     | Tierra | Otros (especifique) |
| X  |                      |                 |   | X  |         |                      |  |   |  |        | Rústico             |
| Habitantes   |                      |                 | Servicios   |  |         |                      | Cocina   |   | ¿Realiza la cocción de alimentos con leña? |        |                     |
| Anote la cantidad solicitada referente a la vivienda   |                      |                 | Marque con una "X" según corresponda de acuerdo con el servicio enunciado                         |  |         |                      | Marque con una "X" la opción que mejor aplique |   |  |        |                     |
| Número de cuartos  | Número de habitantes |                 | Agua entubada   | Energía Eléctrica  |         | Fuera del dormitorio | Dentro del dormitorio                          | Sí  | No   |        |                     |
| 5  | 6                    |                 | X No  | X No   |         | X                    |  |   | X  |        |                     |
| Excretas   |                      |                 | Convivencia con animales  |  |         |                      | Sí   | No  | Comentarios/Observaciones                  |        |                     |
| Marque con "X" el manejo de excretas   |                      |                 | Marque con una "X" según corresponda  |  |         |                      |  |   |  |        |                     |
| WC   | Letrina              | Al ras de suelo | ¿Hay perros y/o gatos dentro de la vivienda?  |  |         |                      | X  |   |  |        |                     |
| X  |                      |                 | ¿Los perros y/o gatos que habitan dentro de su vivienda cuentan con esquema de vacunas corriente? |  |         |                      | X  |   |  |        |                     |
| Cuenta con:  |                      |                 | ¿Los perros y/o gatos que habitan dentro de su vivienda están esterilizados?                      |  |         |                      |  | X   |  |        |                     |
| Red de alcantarillado  |                      | Fosa Séptica    |   | En caso de que conviva con otro tipo de animales, marque con "X" la opción que mejor corresponda |         |                      |  |   |  |        |                     |
| Sí   | No                   | Sí              | No  | Aves de corral   | Bovinos | Porcinos             | Otros (especifique)                            |   |  |        |                     |
| X  |                      | X               |   | X  | NA      | NA                   |  |   |  |        |                     |

**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         | 05/05/1969 | 13/10/2000 | 28/12/2002 | 19/05/2003 | 13/05/2004 | 01/06/2004  |       |       |       |
| Edad                        | 56 años    | 24 años    | 22 años    | 22 años    | 21 años    | 1 año y 1 m |       |       |       |

**VACUNA**

Marque con una "X" en caso de vacuna aplicada

|   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| BCC   | Única    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| COVID-19                                      | 1era     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 2da      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | Refuerzo |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DPT (Difteria, bordetella pertusis y tétanos) | Única    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hepatitis A                                   | Única    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hepatitis B                                   | 1era     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 2da      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hexavalente (DPT+VPI+Hib+HepB)                | 1era     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 2da      |  |  |  |  |  |  |  |  |



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      | Fecha de nacimiento | Edad  | Estado civil                   | Lengua        | Alfabetización     | Parentesco/familiar   | Escolaridad                           | Occupación         | Ingreso-salario mínimo | Alimentación   |
|---------------------------------|-----------|---------------------|---|--------------------------------|---------------|--------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------|------------------------|--|
| Jesus Marleni Escobar velazquez | Femenino  | 08/12/2008          | 56 años   | Viuda                          | Español       | Si                 | Madre                 | Preescolar                            | Docente            | 350                    | 1 / de 7 días: carne, pescado y pollo.<br>2 / de 7 días: frutas y verduras.<br>3 / de 7 días: cereales, granos y leguminosas |
| Seguridad Social                | SI        |                     | Enfermedades crónicas degenerativas                                 | Atención de embarazo           | Tamaño Cíncer | Fecha              | Tamaño Cíncer de mama | ¿Presenta algún tipo de discapacidad? | Servicios de Salud |                        |  |
| SI                              |           |                     | Obesidad- Hipertensión- Diabetes Mellitus tipo 2- Trastorno crónico | Sector: Público-Privado- Hogar | SI-NO         | Fecha (DD/MM/AAAA) | SI-NO                 | SI (Especificar) - No                 | Motivo de uso      |                        |  |
| 2. Nombre completo              | Sexo      | Fecha de nacimiento | Edad  | Estado civil                   | Lengua        | Alfabetización     | Parentesco/familiar   | Escolaridad                           | Occupación         | Ingreso-salario mínimo | Alimentación   |
| Fabrizio Escobar Escobar        | Masculino | 13/10/2008          | 24 años   | Unión libre                    | Español       | Si                 | Hijo                  | Preescolar                            | Chofer             | 200                    | 1 / de 7 días: carne, pescado y pollo.<br>2 / de 7 días: frutas y verduras.<br>3 / de 7 días: cereales, granos y leguminosas |
| Seguridad Social                | SI        |                     | Enfermedades crónicas degenerativas                                 | Atención de embarazo           | Tamaño Cíncer | Fecha              | Tamaño Cíncer de mama | ¿Presenta algún tipo de discapacidad? | Servicios de Salud |                        |  |
| SI                              |           |                     | Obesidad- Diabetes Mellitus tipo 2- Trastorno crónico               | Sector: Público-Privado- Hogar | SI-NO         | Fecha (DD/MM/AAAA) | SI-NO                 | SI (Especificar) - No                 | Motivo de uso      |                        |  |
| 3. Nombre completo              | Sexo      | Fecha de nacimiento | Edad  | Estado civil                   | Lengua        | Alfabetización     | Parentesco/familiar   | Escolaridad                           | Occupación         | Ingreso-salario mínimo | Alimentación   |
| Ramsey Escobar Escobar          | Masculino | 18/12/2008          | 22 años   | Soltero                        | Español       | Si                 | Hijo                  | Preescolar                            | Esportista         | 200                    | 1 / de 7 días: carne, pescado y pollo.<br>2 / de 7 días: frutas y verduras.<br>3 / de 7 días: cereales, granos y leguminosas |
| Seguridad Social                | SI        |                     | Enfermedades crónicas degenerativas                                 | Atención de embarazo           | Tamaño Cíncer | Fecha              | Tamaño Cíncer de mama | ¿Presenta algún tipo de discapacidad? | Servicios de Salud |                        |  |
| SI                              |           |                     | Obesidad- Diabetes Mellitus tipo 2- Trastorno crónico               | Sector: Público-Privado- Hogar | SI-NO         | Fecha (DD/MM/AAAA) | SI-NO                 | SI (Especificar) - No                 | Motivo de uso      |                        |  |



SERVICIOS DE SALUD  
IMSS-BIENESTAR

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

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. Es importante destacar que el llenado de la cédula no tiene ninguna finalidad punitiva o de sanción, los datos recopilados se utilizarán únicamente 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

Escriba la información solicitada considerando las opciones enunciadas según corresponda

| 4. Nombre completo              | Sexo<br>Masculino/Femenino | Fecha de nacimiento<br>DD/MM/AAAA | Edad<br>Reportar años cumplidos. Menores de 1 año reportar meses.  | Estado civil<br>Soltero(a)- Casado(a)- Viudo(a)- Unión libre | Lengua<br>Español-Lengua Indígena (Especificar cual) | Alfabetización<br>Alfabeto- Analfabeto | Parentesco/rol familiar<br>Madre-Padre-Hijo(a)- Abuelo(a) | Escolaridad<br>Preescolar-Primaria- Secundaria-Bachillerato- Licenciatura-Maestría- Doctorado  | Occupación<br>Primario-Secundario- Terciario- Desempleado- Estudiante | Ingreso- salario mínimo<br>Hasta un salario mínimo 1 a 2 a 3 3 a 5, mayor a 5 No recibe ingresos | Alimentación<br>Añote el número de veces a la semana que consume los alimentos enunciados                                 |
|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|--|--|--|--|---|--|---|--|---|
| Karla Monserrath Pinto Alvarado | Femenino                   | 16/10/2005                        | 22 años  | Unión Libre  | Español  | Si                                     | Muerta  | Bachillerato   | Desempleado   | No recibe ingresos   | 1/ de 7 días: carne, pescado y pollo.<br>2/ de 7 días: frutas y verduras.<br>3/ de 7 días: cereales, granos y leguminosas |
| Seguridad Social<br>Si- No      |                            |                                   | Enfermedades crónicas degenerativas<br>Obesidad- Hipertensión- Diabetes Mellitus tipo 2- Trastorno crónico | Atención de embarazo<br>Público-Privado-Hogar                |  |  | Tamizaje Cáncer de mama<br>Si- No                         | Tamizaje Cáncer de mama<br>Fecha (DD/MM/AAAA)  | ¿Presenta algún tipo de discapacidad? SI (Especifique) - NO           | Servicios de Salud Mensual-Trimestral-Semestral-Anual  | Servicios de Salud<br>Módulo de uso   |
| Si                              |                            |                                   | NA   | Público  | NO   | NA                                     | NO  | NA   | NO  | Quimestral   | NA  |
| 5. Nombre completo              | Sexo<br>Masculino/Femenino | Fecha de nacimiento<br>DD/MM/AAAA | Edad<br>Reportar años cumplidos. Menores de 1 año reportar meses.  | Estado civil<br>Soltero(a)- Casado(a)- Viudo(a)- Unión libre | Lengua<br>Español-Lengua Indígena (Especificar cual) | Alfabetización<br>Alfabeto- Analfabeto | Parentesco/rol familiar<br>Madre-Padre-Hijo(a)- Abuelo(a) | Escolaridad<br>Preescolar-Primaria- Secundaria- Bachillerato- Licenciatura-Maestría- Doctorado | Occupación<br>Primario-Secundario- Terciario- Desempleado- Estudiante | Ingreso- salario mínimo<br>Hasta un salario mínimo 1 a 2 a 3 3 a 5, mayor a 5 No recibe ingresos | Alimentación<br>Añote el número de veces a la semana que consume los alimentos enunciados                                 |
| Melissa Escobar Escobar         | Femenino                   | 12/05/2007                        | 21 años  | Soltera  | Español  | Si                                     | Hija  | Licenciatura   | Estudiante  | No recibe ingresos   | 1/ de 7 días: carne, pescado y pollo.<br>2/ de 7 días: frutas y verduras.<br>3/ de 7 días: cereales, granos y leguminosas |
| Seguridad Social<br>Si- No      |                            |                                   | Enfermedades crónicas degenerativas<br>Obesidad- Hipertensión- Diabetes Mellitus tipo 2- Trastorno crónico | Atención de embarazo<br>Público-Privado-Hogar                |  |  | Tamizaje Cáncer de mama<br>Si- No                         | Tamizaje Cáncer de mama<br>Fecha (DD/MM/AAAA)  | ¿Presenta algún tipo de discapacidad? SI (Especifique) - NO           | Servicios de Salud Mensual-Trimestral-Semestral-Anual  | Servicios de Salud<br>Módulo de uso   |
| NO                              |                            |                                   | NA   | NA   | NO   | NA                                     | NO  | NA   | NO  | Anual  | NA  |
| 6. Nombre completo              | Sexo<br>Masculino/Femenino | Fecha de nacimiento<br>DD/MM/AAAA | Edad<br>Reportar años cumplidos. Menores de 1 año reportar meses.  | Estado civil<br>Soltero(a)- Casado(a)- Viudo(a)- Unión libre | Lengua<br>Español-Lengua Indígena (Especificar cual) | Alfabetización<br>Alfabeto- Analfabeto | Parentesco/rol familiar<br>Madre-Padre-Hijo(a)- Abuelo(a) | Escolaridad<br>Preescolar-Primaria- Secundaria- Bachillerato- Licenciatura-Maestría- Doctorado | Occupación<br>Primario-Secundario- Terciario- Desempleado- Estudiante | Ingreso- salario mínimo<br>Hasta un salario mínimo 1 a 2 a 3 3 a 5, mayor a 5 No recibe ingresos | Alimentación<br>Añote el número de veces a la semana que consume los alimentos enunciados                                 |
| Reyina Atigail Escobar Pardo    | Femenino                   | 01/06/2004                        | 19 años  | NA   | Español  | NO                                     | Nieta   | NA   | NA  | NA   | 1/ de 7 días: carne, pescado y pollo.<br>2/ de 7 días: frutas y verduras.<br>3/ de 7 días: cereales, granos y leguminosas |
| Seguridad Social<br>Si- No      |                            |                                   | Enfermedades crónicas degenerativas<br>Obesidad- Hipertensión- Diabetes Mellitus tipo 2- Trastorno crónico | Atención de embarazo<br>Público-Privado-Hogar                |  |  | Tamizaje Cáncer de mama<br>Si- No                         | Tamizaje Cáncer de mama<br>Fecha (DD/MM/AAAA)  | ¿Presenta algún tipo de discapacidad? SI (Especifique) - NO           | Servicios de Salud Mensual-Trimestral-Semestral-Anual  | Servicios de Salud<br>Módulo de uso   |
| Si                              |                            |                                   | NA   | NA   | NO   | NA                                     | NO  | NA   | NO  | Quimestral   | NA  |

## ¿PARA QUÉ SIRVE LA CEDULA DE MICRO DIAGNÓSTICO FAMILIAR?

El principal objetivo que tiene la cedula de micro diagnostico familiar, es poder recopilar todos los diversos datos de cada una de las familias a la que e aplique y de este modo poder conocer mas que nada en qué situación viven.

Sabemos que muchas familias principalmente en nuestro municipio (Frontera Comalapa) viven en situaciones precarias y con demasiada escases, pero al hablar de escases no solo nos vamos a referir a la escases de los diversos servicios de salud sino también a la escasez de los servicios básicos ya que de esta manera se vuelven parte de una población vulnerable ante diversos riesgos sanitarios al no contar con estos servicios.

Sabemos que como personal de salud al llevar a cabo la aplicación de la cedula de micro diagnostico nos vamos a dar cuenta que porcentaje de nuestra población cuenta con principalmente los servicios básicos y de la misma manera también podemos darnos cuenta quienes son las personas que viven en vulnerabilidad y de esta forma saber qué medidas poder tomar.

De la misma manera con esta recopilación nos podemos dar a la tarea de poner en practica los niveles de atención:

- Primer nivel: la prevención en este nivel se tiene como tarea el enseñar a las diversas comunidades donde se pueda llegar, a como cuidare y a como poder prevenir las diversas enfermedades, por ejemplo: el dengue, gripa o infecciones estomacales, y de la misma manera tratar que todas las personas se acerquen a la unidad de salud mas cercana para poder llevar controles, chequeos o vacunación.
- Segundo nivel: en este nivel nos damos a la tarea de poder atender y detectar enfermedades en sus primeras etapas y de esta manera poder brindarle una buena recuperación a todos los pacientes que se acerquen a las unidades de salud y en todo caso que hayan pacientes con enfermedades mas avanzadas lo podemos orientar a los otros niveles de salud donde les puedan brindar atención con especialistas.
- Tercer nivel: y en este ultimo nivel es donde nosotros como personas ofrecemos una rehabilitación a los pacientes para que puedan recuperar su salud de manera completa o en todo caso de ya no poder hacer mucho, como mínimo ayudarlos a recuperar su estilo de vida en el mayor porcentaje posible.

## ¿QUÉ INFORMACIÓN SE OBTIENE EN UNA VISITA DOMICILIARIA?

Algo que debemos destacar es la importancia y la valiosa aportación que tiene la visita domiciliaria para poder recopilar los diversos datos de un paciente ya que esta nos brinda el poder saber de sus necesidades y condiciones en las que vive.

Ya que no solamente se incluye información personal sino también las diversas condiciones de vida por ejemplo: el estado de su vivienda, las accesibilidades con las que cuenta y la disposición de los diversos recursos básicos, también algo que nos brinda la visita domiciliaria es saber si nuestro paciente cuenta con algún familiar o cuidador que pueda estar al pendiente de él, de la misma manera que podamos saber el nivel de apoyo emocional o psicológico que tiene, ya que también es algo determinante y el poder saber si tiene alguna red de apoyo como lo pueden ser amigos, vecinos o en todo caso su comunidad.

También nos brinda otros datos importantes como saber las condiciones de salud del paciente o si tiene algún padecimiento crónico, y también preguntarle si ya cuenta con la medicación adecuada o en todo caso que este presentando algún otro síntoma que nos pueda alertar de la aparición de una nueva enfermedad.

Un punto importante en el que nos ayuda muchísimo la visita domiciliaria es en saber qué porcentaje de autonomía tiene el paciente ya que nos podemos encontrar pacientes que puedan hacer sus actividades cotidianas y de aseo personal por si solos, otros que tengan un porcentaje de dependencia de algún familiar o cuidador y otros que dependan a un 100% de sus cuidadores o familiares.

Con todos estos puntos nosotros sabemos que estas visitas son de gran ayuda, ya que con esta se puede tener un visión completa de todas las necesidades y condiciones de los diversos pacientes que nos podamos encontrar y de esta manera con toda la información obtenida poderla utilizar para brindarle un plan de cuidado adecuado que no solo ayudan a los pacientes a nivel físico sino también a un nivel psicológico y emocional, ya que con las mismas visitas nosotros podemos ser conscientes del estado mental de los pacientes ya que si en todo caso alguno tiene algún padecer mental nosotros sabremos como actuar para poderle brinda una buena atención.

Algo que se debe destacar mucho es que estas visitas se deberían de llevar a cabo en todas las comunidades donde existe un poco mas de vulnerabilidad, ya que con estas visitas también se les enseña a las comunidades a como cuidarse y como pueden prevenir enfermedades y brindarles un seguimiento clínico que deben de llevar a cabo en la unidad más cerca de salud.

Sabemos que es muy importante el poder orientar a las poblaciones donde ir o asistir en caso de presentar síntomas de alguna enfermedad o en caso de que saber qué hacer ante heridas o golpes, de la misma manera el enseñarles a reconocer si en su comunidad existen necesidades o carencias y que ellos también puedan ayudar a contrarrestarlas.

# APLICACIÓN DE LA CEDULA DE MICRO DIAGNOSTICO FAMILIAR

