

Estudiante: _____ Sexo: _____ F/N: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s) (dd/mm/aaaa)

Fecha PREVENIMSS: _____ Matrícula: _____ Plantel: _____ NSS: _____

¿Trae Cartilla Nacional de Salud (Adolescentes de 10-19 años)? Sí () No () ¿Se le otorga? Sí () No () UMF _____

Peso (kg): _____ Talla (cm): _____	Cintura (cm): _____ Cadera (cm): _____	Agudeza visual ¿Usa lentes? Sí () No () OD (/) OI (/)
Índice de Masa Corporal IMC: _____	Índice cintura-cadera (ICC): _____	
Aplicación de vacunas Sí () No () Td: _____ Hepatitis B: _____	<small>Especificar si es: 1ª dosis, 2ª dosis, Refuerzo, Aplicada hace menos de 10 años, se aplicó vacuna o no se aplicó</small>	Marcar si se entregó: Pastilla reveladora: _____ Cepillo dental: _____ Ácido fólico: _____

Temas PREVENIMSS abordados con: Sesión o plática () Con Audiovisual ()

 Estudiante: _____ Sexo: _____ F/N: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s) (dd/mm/aaaa)

Fecha PREVENIMSS: _____ Matrícula: _____ Plantel: _____ NSS: _____

¿Trae Cartilla Nacional de Salud (Adolescentes de 10-19 años)? Sí () No () ¿Se le otorga? Sí () No () UMF _____

Peso (kg): _____ Talla (cm): _____	Cintura (cm): _____ Cadera (cm): _____	Agudeza visual ¿Usa lentes? Sí () No () OD (/) OI (/)
Índice de Masa Corporal IMC: _____	Índice cintura-cadera (ICC): _____	
Aplicación de vacunas Sí () No () Td: _____ Hepatitis B: _____	<small>Especificar si es: 1ª dosis, 2ª dosis, Refuerzo, Aplicada hace menos de 10 años, se aplicó vacuna o no se aplicó</small>	Marcar si se entregó: Pastilla reveladora: _____ Cepillo dental: _____ Ácido fólico: _____

Temas PREVENIMSS abordados con: Sesión o plática () Con Audiovisual ()

 Estudiante: _____ Sexo: _____ F/N: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s) (dd/mm/aaaa)

Fecha PREVENIMSS: _____ Matrícula: _____ Plantel: _____ NSS: _____

¿Trae Cartilla Nacional de Salud (Adolescentes de 10-19 años)? Sí () No () ¿Se le otorga? Sí () No () UMF _____

Peso (kg): _____ Talla (cm): _____	Cintura (cm): _____ Cadera (cm): _____	Agudeza visual ¿Usa lentes? Sí () No () OD (/) OI (/)
Índice de Masa Corporal IMC: _____	Índice cintura-cadera (ICC): _____	
Aplicación de vacunas Sí () No () Td: _____ Hepatitis B: _____	<small>Especificar si es: 1ª dosis, 2ª dosis, Refuerzo, Aplicada hace menos de 10 años, se aplicó vacuna o no se aplicó</small>	Marcar si se entregó: Pastilla reveladora: _____ Cepillo dental: _____ Ácido fólico: _____

Temas PREVENIMSS abordados con: Sesión o plática () Con Audiovisual ()

 Estudiante: _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____ Sexo: _____ F/N: _____
(dd/mm/aaaa)

Fecha PREVENIMSS: _____ Matrícula: _____ Plantel: _____ NSS: _____

¿Trae Cartilla Nacional de Salud (Adolescentes de 10-19 años)? Sí () No () ¿Se le otorga? Sí () No () UMF _____

Peso (kg): _____ Talla (cm): _____	Cintura (cm): _____ Cadera (cm): _____	Agudeza visual ¿Usa lentes? Sí () No () OD (/) OI (/)
Índice de Masa Corporal IMC: _____	Índice cintura-cadera (ICC): _____	
Aplicación de vacunas Sí () No () Td: _____ Hepatitis B: _____	<small>Especificar si es: 1ª dosis, 2ª dosis, Refuerzo, Aplicada hace menos de 10 años, se aplicó vacuna o no se aplicó</small>	Marcar si se entregó: Pastilla reveladora: _____ Cepillo dental: _____ Ácido fólico: _____

Temas PREVENIMSS abordados con: Sesión o plática () Con Audiovisual ()