



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**



SERVICIOS DE SALUD  
**IMSS-BIENESTAR**

# **Guía para el llenado de la Cédula de Microdiagnóstico Familiar**

**Coordinación de Unidades de Primer Nivel**

**División de Atención Médica de Primer Nivel**



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**



**SERVICIOS DE SALUD  
IMSS-BIENESTAR**

## **Introducción**

La Coordinación de Unidades de Primer Nivel, a través de la división de atención médica de primer nivel, pone a su disposición la “Guía para el llenado de la Cédula de Microdiagnóstico Familiar” en Unidades de Salud de Primer Nivel de Atención. Este documento tiene como objetivo ser una guía que apoye y resuelva las dudas referentes al registro de la información solicitada en la cédula.

En el marco del fortalecimiento de la atención primaria a la salud, y en seguimiento al modelo MAS BIENESTAR, en el cual se contempla la atención centrada en el paciente como pilar imprescindible para una atención médica de calidad, se considera necesaria la realización de un microdiagnóstico de las familias que pertenecen a la población objetivo de las unidades.

Es importante destacar que el llenado de la cédula no tiene ninguna finalidad punitiva o de sanción, los datos recopilados se utilizarán únicamente para identificar áreas de oportunidad y diseñar estrategias que permitan ejercer acciones directas sobre las necesidades identificadas. Su participación responsable tendrá un impacto positivo directo para la mejora de las unidades de salud.

## **Objetivos**

- Brindar a los usuarios una guía práctica que les permita tener las herramientas necesarias para el correcto llenado de la “Cédula de Microdiagnóstico Familiar”.
- Tener un documento digital que permita solventar todas las dudas que se puedan generar al momento de capturar la información solicitada.
- Generar información relevante, la cual se pueda analizar de forma sencilla para planear y ejecutar programas y/o políticas de salud, así como resolver problemáticas encontradas a sus necesidades.

## **Alcance**

La presente guía está dirigida al personal de los servicios de Salud del IMSS-Bienestar que utilizará la “Cédula de Microdiagnóstico Familiar” como documento que los apoye a capturar la información.



**Instrucciones**

La Cédula de Microdiagnóstico Familiar es un documento de cuatro páginas que cuenta con los siguientes apartados:

- I. Identificación de la Unidad de Salud
- II. Identificación del entrevistador
- III. Identificación de la familia
- IV. Características de la vivienda
- V. Esquema de vacunación
- VI. Composición familiar, estilo de vida y uso de servicios de salud

A continuación, se explica el llenado de cada uno de los apartados:

**Apartado I. Identificación de la Unidad de Salud**

En este apartado se debe completar la información de la unidad de salud a la que pertenece el responsable del llenado de la cédula.

- **CLUES:** deberá ser capturada a 11 dígitos: cinco letras y seis números.
  - L L L L L N N N N N N.
- **Municipio:** anotar el municipio correspondiente a la unidad de salud.
- **Nombre de la unidad:** anotar el nombre con el cual está registrada la unidad.
- **Distrito:** anotar el distrito al que pertenece la unidad de salud.
- **Entidad:** anotar la entidad a la que pertenece la unidad de salud.
- **Número de núcleos:** anotar el número de núcleos de la unidad.

<b>I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD DE SALUD</b>			
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			
<b>CLUES</b>	CSSSA008631	<b>Municipio</b>	MONTECRISTO DE GUERRERO
<b>Nombre de la Unidad</b>	LAGUNA DEL COFRE	<b>Distrito</b>	10 VILLAFLORES
<b>Entidad</b>	CHIAPAS	<b>Número de Núcleos</b>	1

Imagen 1. Ejemplo Apartado I. Identificación de la Unidad de Salud.

**Apartado II. Identificación del entrevistador**

En esta sección se debe completar los datos de contacto del personal que reporta la cédula.

- **Nombre:** anotar el nombre completo de la persona que completa la cédula.
- **Cargo:** anotar la función o puesto de la persona que llena el formulario.
- **Especialidad:** si el profesional que reporta la cédula cuenta con una especialidad, anotar el nombre de la especialidad, de lo contrario anotar la leyenda "NA" que hace referencia a No Aplica.
- **Turno:** capturar el turno eligiendo entre turno matutino o vespertino.



- **Horario:** se debe registrar el horario laboral del profesional que completa la cédula en un formato de 24:00 horas.
  - Ejemplo: De: 9:00 hrs A: 19:00 hrs
- **Fecha de registro:** ingresar la fecha en la que se esta realizando la cédula en el siguiente formato: DD/MM/AAA.
  - Ejemplo: 15/11/2024

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.			
<b>Nombre</b>	MITZI PAMELA RADILLA VALDIVIA	<b>Turno</b>	MATUTINO
<b>Cargo</b>	MEDICINA GENERAL	<b>Horario</b>	De: 08:00 hrs A: 14:00 hrs
<b>Especialidad</b>	NA	<b>Fecha de registro</b>	02/07/2024

Imagen 2. Ejemplo Apartado II. Identificación del entrevistador.

**Apartado III. Identificación de la familia**

- **Nombre Completo:** anotar el nombre completo de la persona que proporciona la información de la familia.
- **Rol familiar:** elegir de la siguiente lista el rol familiar del entrevistado (persona que proporciona la información de la familia):
  - Madre
  - Padre
  - Hijo (a)
  - Abuelo (a)
- **Domicilio:** registrar de la siguiente manera la dirección donde vive la familia:
  - Calle, número, colonia. Municipio, estado. Código postal.
- **Localidad:** anotar la localidad del domicilio registrado. En caso de no conocerlo dejar este espacio en blanco.
- **Manzana:** anotar la manzana del domicilio registrado. En caso de no conocerlo dejar este espacio en blanco.
- **Vivienda:** anotar la vivienda del domicilio registrado. En caso de no conocerlo dejar este espacio en blanco.

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.			
MONTERRAT RODRÍGUEZ CASTILLO	MADRE	Calle S/N, Col. Laguna del Cofre, Montecristo de Guerrero, Chiapas. CP. 30382	Laguna del Cofre		

Imagen 3. Ejemplo Apartado III. Identificación de la familia.



#### **Apartado IV. Características de la vivienda**

- **Material de construcción del techo:** en este apartado es necesario marcar con “X” en el espacio en blanco debajo de la opción que mejor aplique para responder cual es el material de construcción del techo de la vivienda.  
En caso de que ninguna característica aplique para la vivienda en cuestión, en el apartado “Otros (especifique)”, anote el material de construcción del techo de la vivienda.
- **Material de construcción de paredes:** en este apartado es necesario marcar con “X” en el espacio en blanco debajo de la opción que mejor aplique para responder cual es el material de construcción de las paredes de la vivienda.  
En caso de que ninguna característica aplique para la vivienda en cuestión, en el apartado “Otros (especifique)”, anote el material de construcción de las paredes de la vivienda.
- **Material de construcción de piso:** en este apartado es necesario marcar con “X” en el espacio en blanco debajo de la opción que mejor aplique para responder cual es el material de construcción del piso de la vivienda.  
En caso de que ninguna característica aplique para la vivienda en cuestión, en el apartado “Otros (especifique)”, anote el material de construcción del piso de la vivienda.
- **Habitantes**
  - **Número de cuartos:** anote, en el espacio en blanco, con números arábigos la cantidad de cuartos que tiene la vivienda que se registra.
  - **Número de habitantes:** anote, en el espacio en blanco, con números arábigos la cantidad de personas que habitan la vivienda.
- **Servicios**
  - **Agua entubada:** marque con una “X” la opción “SÍ” en caso de que la vivienda cuente con agua entubada, de lo contrario marque la opción “No”.
  - **Energía eléctrica:** marque con una “X” la opción “SÍ” en caso de que la vivienda cuente con energía eléctrica, de lo contrario marque la opción “No”.
- **Cocina:** marque con una “X” en el espacio que corresponda, es decir, si la cocina se encuentra fuera del dormitorio marque con “X” el espacio en blanco debajo de esta leyenda.
- **¿Realiza la cocción de alimentos con leña?:** marque con una “X” el espacio en blanco debajo de la opción “SÍ” en caso de realizar cocción de alimentos con leña, de lo contrario marque la opción “No”.
- **Excretas**
  - Es necesario que marque con “X” la opción que mejor corresponda de acuerdo con el lugar donde se realiza el manejo de excretas. Por ejemplo, si se realiza en un WC es necesario colocar la “X” debajo de la leyenda WC.



- Para el apartado “Cuenta con:”
  - marque con una “X” la casilla en blanco debajo de la leyenda “Sí” en caso de que la vivienda cuente con red de alcantarillado, de lo contrario marque la opción “No”.
  - marque con una “X” la casilla en blanco debajo de la leyenda Sí” en caso de que la vivienda cuente con fosa séptica, de lo contrario marque la opción “No”.

• **Convivencia con animales**

- Marque con una “X” la respuesta a las preguntas enunciadas. En caso de tener algún comentario referente a las preguntas utilice el espacio “Comentarios/Observaciones”.
- En caso de que conviva con otro tipo de animales además de perros y gatos es necesario que marque con “X” el espacio debajo de las opciones enunciadas.
  - Si no cuenta con las opciones de animales enunciados colocar la leyenda “NA”.
  - Si existe convivencia con animales que no están descritos en las opciones, registrar el nombre del animal en el apartado “Otros (especifique)”.

○

IV. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA											
Material de construcción del techo Marque con "x" la opción que mejor aplique para las características enunciadas de la vivienda.				Material de construcción de paredes Marque con "x" la opción que mejor aplique para las características enunciadas de la vivienda				Material de construcción de piso 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						X	
Habitantes Anote la cantidad solicitada referente a la vivienda			Servicios Marque con una "X" según corresponda de acuerdo con el servicio enunciado				Cocina Marque con una "X" la opción que mejor aplique		¿Realiza la cocción de alimentos con leña?		
Número de cuartos		Número de habitantes		Agua entubada		Energía Eléctrica		Fuera del dormitorio	Dentro del dormitorio	Sí	No
2		4		Sí		No		X		X	
Excretas Marque con "X" el manejo de excretas			Convivencia con animales Marque con una "X" según corresponda				Sí	No	Comentarios/Observaciones		
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		Cuatro perros, de los cuales dos están esterilizados		
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		X	NA				

Imagen 4. Ejemplo Apartado IV. Características de la vivienda.

**Apartado V. Esquema de vacunación**

- En caso de que el profesional de la salud que acudió a realizar la cédula de microdiagnóstico familiar aplique alguna vacuna durante su visita, debe registrar la



aplicación en este apartado, de lo contrario no es necesario registrar nada en esta sección.

- Si aplico alguna vacuna completar la información de la siguiente manera:
- Fecha de nacimiento: capturar la fecha de nacimiento de la persona a la que se aplicó la vacuna en el siguiente formato: DD/MM/AAAA
- Edad: anotar en números arábigos la edad. Si la persona es menor a 2 años anotar la edad con meses.
- Ejemplos: 1 año 6 meses, 3 años, 41 años, 75 años
- Para el registro de vacunas, marque con una "X" la vacuna que fue aplicada.

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN
En caso de aplicación de vacuna complete la información solicitada
Identificación del paciente: No. 1-9
Fecha de nacimiento: 03/08/2019, 12/10/2022, 15/01/1952, 21/05/2008
Edad: 4 AÑOS, 1 AÑO, 8 MESES, 72 AÑOS, 16 AÑOS
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 (X)
Hexavalente (DPaT+VPI+Hib+HepB): 1era, 2da (X)

Imagen 5. Ejemplo Apartado V. Esquema de vacunación parte I.

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN
En caso de aplicación de vacuna complete la información solicitada
Identificación del paciente: No. 1-9
Fecha de nacimiento: 03/08/2019, 12/10/2022, 15/01/1952, 21/05/2008
Edad: 4 AÑOS, 1 AÑO, 8 MESES, 72 AÑOS, 16 AÑOS
VACUNA: Marque con una "X" en caso de vacuna aplicada
Influenza estacional: Única (X)
Neumocócica conjugada (13 valente): 1era, 2da, 3era, Refuerzo
Neumocócica Polisacárida (23 serotipos): Refuerzo (X)
Rotavirus (RV1): 1era, 2da
SR (Sarampión, rubeola): Única (X), Refuerzo

Imagen 6. Ejemplo Apartado V. Esquema de vacunación parte II.



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

Este apartado este destinado a registrar a todos los integrantes de la familia y/o personas que habitan la vivienda que se esta visitando. El objetivo es conocer las características, hábitos y estilo de vida de cada uno de las personas que integran la familia, por lo que se deberá llenar la información por cada uno de los integrantes.

- **Nombre completo:** registrar el nombre completo de la persona integrante de la familia.
- **Sexo:** anotar el sexo de la persona integrante de la familia que se está reportando, eligiendo masculino o femenino según corresponda.
- **Fecha de nacimiento:** anotar la fecha de nacimiento de la persona integrante de la familia en el siguiente formato: DD/MM/AAAA.
- **Edad:** anotar en número arábigos la edad de la persona integrante de la familia que se esta reportando en años cumplidos. Menores de 2 años reportar años cumplidos y meses.
- **Estado civil:** registrar el estado civil de la persona integrante de la familia. Seleccionar el estado civil que mejor aplique: Soltero(a), Casado(a), Viudo(a) o Unión libre.
- **Lengua:** registrar la lengua que habla la persona integrante de la familia: Español o Lengua indígena. En caso de que la persona hable una lengua indígena escribir el nombre de la lengua.
- **Alfabetización:** anotar "Sí" en caso de que la persona integrante de la familia sepa leer y escribir de lo contrario, anotar "No".
- **Parentesco/rol familiar:** registrar el parentesco o rol familiar que tiene el integrante que se esta reportando. Seleccionar la opción que mejor aplique: Madre, Padre, Hijo(a) o Abuelo(a).
- **Escolaridad:** registrar la escolaridad finalizada o que se encuentra cursando el integrante de la familia. En caso de que el integrante no cuente con ningún tipo de escolaridad anotar "NA".
- **Ocupación:** anotar el nombre de profesión u oficio. Considerar las opciones: estudiante, hogar y desempleo.
- **Ingreso-salario mínimo:** anotar de las siguientes opciones el ingreso económico que recibe el integrante de la familia que se está reportando:
  - Hasta un salario mínimo
  - 1 a 2
  - 2 a 3
  - 3 a 5
  - Mayor a 5
  - No recibe ingresos
- **Alimentación:** anote el número de veces a la semana que consume los alimentos enunciados.
- Ejemplo:
  - 4 / de 7 días: carne, pescado y pollo.
  - 2 / de 7 días: frutas y verduras.
  - 6 / de 7 días: cereales, granos y leguminosas





- **Seguridad social:** si la persona integrante de la familia cuenta con algún tipo de seguridad social anotar "Sí" de lo contrario, registrar "No".
- **Higiene familiar:** si la persona integrante de la familia se baña y realiza aseo buco-dental al menos una vez al día anotar "Sí" de lo contrario, registrar "No".
- **Toxicomanías:** anotar si la persona integrante de la familia consume algún tipo de sustancias nocivas para la salud como alcohol o tabaco. Si el integrante consume alcohol anotar la palabra "Alcoholismo", si consume tabaco anotar la palabra "Tabaquismo", en caso de que consuma algún otro tipo de sustancia registrar el nombre de esta. Si la persona integrante de la familia no consume ningún tipo de sustancia anotar "NA".
- **Enfermedades crónico-degenerativas:** si la persona integrante de la familia padece alguna de las siguientes enfermedades anotar el nombre:
  - Obesidad
  - Hipertensión
  - Diabetes Mellitus tipo 2
  - Tosedor crónico

Si la persona integrante de la familia no consume ningún tipo de sustancia anotar "NA".

- **Atención de embarazo:** en caso de que se este registrando a una persona que haya tenido embarazos previos, seleccionar de la siguiente lista en donde se realizó la atención del embarazo:
  - Sector Público
  - Sector Privado
  - Hogar

Si la persona integrante de la familia nunca ha recibido atención de embarazo anotar "NA".

- **Tamizaje de cáncer cérvico-uterino:** registrar si la persona integrante de la familia se realizó tamizaje de cáncer cérvico-uterino en el último año, en caso de que la respuesta sea sí, anotar la palabra "Sí" y registrar la fecha en la que fue realizado en formato DD/MM/AAAA.
  - En caso de que la persona no se haya realizado tamizaje de cáncer cérvico-uterino anotar "No" y "NA" en el apartado correspondiente a la fecha.
  - Si la pregunta no aplica porque la persona que se esta reportando es de sexo masculino colocar "NA" en los apartados.
- **Tamizaje cáncer de mama:** registrar si la persona integrante de la familia se realizó tamizaje de cáncer de mama en el último año, en caso de que la respuesta sea sí, anotar la palabra "Sí" y anotar la fecha en la que fue realizado en formato DD/MM/AAAA.
  - En caso de que la persona no se haya realizado tamizaje de cáncer de mama anotar "No" y "NA" en el apartado correspondiente a la fecha.



- Si la pregunta no aplica porque la persona que se está reportando es de sexo masculino colocar “NA” en los apartados.
- **¿Presenta algún tipo de discapacidad?:** si la persona integrante de la familia presenta algún tipo de discapacidad anotar la palabra “Sí” y anotar el tipo de discapacidad que presenta, de lo contrario anotar la palabra “No”.
- **Servicios de Salud Frecuencia:** elegir de la siguiente lista la frecuencia con la que la persona integrante de la familia acude a servicios de salud:
  - Mensual
  - Trimestral
  - Semestral
  - Anual
- **Servicios de Salud:** anotar el motivo más frecuente por el que la persona integrante de la familia utiliza los servicios de salud.

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 1 año reportar meses.	Estado civil Soltero(a)- Casado(a)- Viudo(a)- Unión libre	Lengua Español-Lengua indígena (Especificar cual)
Felipe Alejandro Flores Castillo	Masculino	12/10/1994	29 años	Unión libre	Español

Imagen 7. Ejemplo Apartado VI. Composición familiar, estilo de vida y uso de servicios de salud. Parte I.

Alfabetización Sí-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 desempleo.	Ingreso- salario mínimo Hasta un salario mínimo 1 a 2; 2 a 3 3 a 5; mayor a 5 No recibe ingresos	Alimentación Anote el número de veces a la semana que consume los alimentos enunciados
Sí	Padre	Bachillerato trunco	Chofer	2 a 3	_4_/ de 7 días: carne, pescado y pollo. _3_/ de 7 días: frutas y verduras. _7_/ de 7 días: cereales, granos y leguminosas

Imagen 8. Ejemplo Apartado VI. Composición familiar, estilo de vida y uso de servicios de salud. Parte II.

Seguridad Social Sí- No	Higiene familiar ¿Se baña y realiza aseo buco-dental al menos 1 vez al día? Sí - No	Toxicomanías Alcoholismo- Tabaquismo- Otras sustancias	Enfermedades crónicas degenerativas Obesidad- Hipertensión- Diabetes Mellitus tipo	Atención de embarazo Sector Público- Privado-Hogar	Tamizaje Cáncer cervico-uterino Sí-No Fecha (DD/MM/AAAA)
No	Sí	Alcoholismo Tabaquismo	NA	NA	NA NA

Imagen 9. Ejemplo Apartado VI. Composición familiar, estilo de vida y uso de servicios de salud. Parte III.



<b>Tamizaje Cáncer de mama</b>		<b>¿Presenta algún tipo de discapacidad?</b> Sí (Especifique) - No	<b>Servicios de Salud Frecuencia</b> Mensual-Trimestral-Semestral-Anual	<b>Servicios de Salud</b> Motivo de uso
Sí-No	Fecha (DD/MM/AAAA)			
NA	NA	NO	Trimestral	Infecciones gastrointestinales

Imagen 10. Ejemplo Apartado VI. Composición familiar, estilo de vida y uso de servicios de salud. Parte IV.