



GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



SERVICIOS DE SALUD  
**IMSS-BIENESTAR**

## Coordinación de Unidades de Primer Nivel

División de Atención Médica de Primer Nivel

Área de Gestión de Salud Poblacional

# Guía para el Registro de Condiciones de Salud

Cédula de Registro de Condiciones de Salud (v4)



SERVICIOS DE SALUD  
**IMSS-BIENESTAR**

→ Siguiente



Volver al principio

Ir al final





## Contenido

Instrucciones.....	2
Módulo 1. Datos de identificación de la persona que reporta la información y de la Unidad de Salud.....	4
Módulo 2. Condiciones de Salud.....	6
Módulo 3. Atención en Fines de Semana.....	14
Módulo 4. Estrategia de Fidelización de Usuarías/usuarios.....	15
Módulo 5. Programa La Clínica es Nuestra (PLCEN).....	16
Módulo 6. Detecciones.....	25
Módulo 7. Comentarios.....	26



## Instrucciones.

1. Ingrese al portal de Gestión de Salud Poblacional en el siguiente enlace: <https://cgsp.online/> o con el código QR:



Ilustración 1. Código QR para Ingreso.

2. Ingrese su usuario y contraseña.
3. Diríjase al apartado “Cédulas de Registro”, elija la número dos “Condiciones de Salud”, y dé clic para abrirla.
4. Aparecerá el “Aviso de Privacidad”. Una vez que lo haya leído, dé clic en el botón “Siguiente” que se encuentra en la parte inferior (Ilustración 2).

0 KoboToolbox

### Cédula de Registro de Condiciones de Salud (v3)

**AVISO DE PRIVACIDAD**

IMSS-Bienestar, es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, y demás normatividad que resulte aplicable.

**¿Para qué fines utilizaremos sus datos personales?**  
Los datos personales que solicitamos los utilizaremos para las siguientes finalidades:  
*Registro y uso de la Cédula de Registro de Condiciones de Salud.*

**¿Con quién compartimos su información personal y para qué fines?**  
Se informa que no se realizarán transferencias de datos personales, salvo aquellas que sean necesarias para atender requerimientos de información de una autoridad competente, que estén debidamente fundados y motivados.

Última actualización: 08/02/2024

[Volver](#)

[→ Siguiente](#)

[↶](#) Volver al principio [→](#) Ir al final

Powered by ENKÉTO

Ilustración 2. Aviso de Privacidad.



5. A continuación, aparecerá la bienvenida a la cédula y los módulos que la conforman. Una vez que lo haya leído, dé clic en el botón naranja “Siguiente”, que se encuentra en la parte inferior de la página (Ilustración 3).
6. Es importante tener presente que este formulario se debe de llenar semanalmente.

Bienvenido(a) a la **Cédula de Registro de Condiciones de Salud**, con la que se apoyará la toma de decisiones a nivel de las Unidades de Salud, así como en el sistema IMSS-Bienestar. Del análisis de la información provista en este formulario, se desprenderán estrategias que garanticen la mejora continua de la atención de la población beneficiaria del sistema.

El formulario está dividido en seis módulos:

- 1) Datos de identificación de la persona que reporta la información y de la Unidad de Salud.
- 2) Condiciones de salud.
- 3) Atención en fines de semana.
- 4) Estrategia de Fidelización de Usuarías/os.
- 5) Programa La Clínica es Nuestra.
- 6) Comentarios.

**Por favor:**

**Llene este formulario semanalmente.**

**Llene todas las preguntas en el formulario.**

Le agradecemos de antemano su colaboración. Si tiene dudas sobre esta herramienta, envíe un mensaje a [gestionsp@imssbienestar.gob.mx](mailto:gestionsp@imssbienestar.gob.mx) con atención a la Jefatura de Área de Gestión de Salud Poblacional.

7. Ilustración 3. Bienvenida a la Cédula de Registro de Condiciones de Salud.



## **Módulo 1. Datos de identificación de la persona que reporta la información y de la Unidad de Salud.**

### **1.1. Indique la semana epidemiológica a que corresponde su reporte.**

Anote con número entero la semana epidemiológica en que se encuentran al momento de realizar este reporte.

### **1.2. Anote su nombre.**

Anote su nombre completo, empezando por apellido paterno, apellido materno y nombre(s).

### **1.3. Anote su número de trabajador.**

Anote el número de trabajador. Si desconoce el dato favor de anotar "9999".

### **1.4. Anote su función o puesto.**

Anote (sin abreviaturas) su puesto o función dentro de la Unidad de Salud.

### **1.5. Anote su correo electrónico.**

Anote el correo electrónico con el que llenó el registro de la primera cédula.

### **1.6. Seleccione el código del equipo zonal de supervisión al que pertenece la Unidad de Salud.**

Encontrará una casilla que, al momento de dar clic sobre ella, desplegará una serie de opciones. Elija la correspondiente al equipo zonal al que pertenece su Unidad de Salud.

\*El titular de la Unidad de Salud debe de conocer el equipo zonal adscrito a su unidad de salud.

### **1.7. Seleccione su entidad federativa de la lista.**

Elija la entidad federativa donde se encuentra la Unidad de Salud.

### **1.8. Seleccione la CLUES de la Unidad de Salud.**

Seleccione la CLUES de su Unidad de Salud.

### **1.9. Anote la población de responsabilidad de la Unidad de Salud.**

Anote el número de habitantes de la población a la que atiende su Unidad de Salud o el número aproximado más cercano. Si no conoce el dato exacto, favor de poner un estimado. Si desconoce el dato favor de anotar "9999".



## Cédula de Registro de Condiciones de Salud (v3)

### 1. Datos de identificación de la persona que reporta la información y de la Unidad de Salud.

1.1. Indique la semana epidemiológica a que corresponde su reporte. <i>Anote la respuesta con número entero.</i>	*
1.2. Anote su nombre. <i>Nombre de la persona que llena el formulario.</i>	
1.3. Anote su número de trabajador(a). <i>Si no tiene un número de trabajador asignado, o lo desconoce, anote 9999.</i>	
1.4. Anote su función o puesto.	
1.5. Anote su correo electrónico. <i>Se solicita la dirección de correo para correcciones potenciales de la información.</i>	*
1.6. Seleccione el código del equipo zonal de supervisión al que pertenece la Unidad de Salud. <input type="text" value="ninguno seleccionado"/>	
1.7. Seleccione su entidad federativa de la lista. <i>Use el autocompletado para facilitar su búsqueda, tecleando las primeras letras de la entidad federativa, y seleccionándola de la lista posteriormente.</i>	*
1.8. Seleccione la CLUES de la Unidad de Salud. <i>Use el autocompletado para facilitar su búsqueda, tecleando las primeras letras de su unidad de salud y seleccionando la clave correspondiente de la lista desplegada. Si la CLUES no aparece en el listado, anote y seleccione "Otra".</i>	*
1.9. Anote la población de responsabilidad de la Unidad de Salud. <i>Anote el tamaño (número de habitantes) de la población a que esta Unidad de Salud sirve, o un número aproximado. Si desconoce el dato, anote 9999.</i>	

→ Siguiente

Ilustración 4. Datos de Identificación de la persona que reporta la información y de la Unidad de Salud.



Módulo 2. Condiciones de Salud.

¿Cuántos consultorios en servicio tiene la Unidad de Salud?

Anote el número de consultorios con los que cuenta la Unidad de Salud. Dependiendo del número de consultorios, se desplegará uno o varios cuadros que incluyen: "Tipo de consultorio" (pregunta 2.1.1.) y "Cantidad de consultas otorgadas" (2.1.2.).

En cada rubro se le solicitará anotar el tipo de consultorio (p.ej., Medicina General, Psicología, Odontología), así como la cantidad de consultas otorgadas por consultorio (Ilustración 5).

2. Condiciones de salud.

2.1. ¿Cuántos consultorios en servicio tiene la Unidad de Salud?
3

» Tipo de consultorio y cantidad de consultas otorgadas

Table with 3 columns: Número de consultorio, 2.1.1. Tipo de consultorio, 2.1.2. Cantidad de consultas otorgadas

»

Table with 3 columns: Consultorio, Tipo de consultorio, Cantidad de consultas otorgadas. Rows include Medicina General (134), Nutrición (87), and Psicología (25).

Ilustración 5. Condiciones de Salud.

2.1. ¿Cuál fue el total de consultas de atención proactiva (fuera de la unidad) realizadas durante la semana?

Anote la cantidad con número entero. Anote 9999 si desconoce el dato.

2.2. ¿Cuál fue el total de pacientes ingresados a hospitalización en la Unidad de Salud durante la semana?

Anote el número entero exacto que se solicita. En caso de no tener el dato, anote "9999".

2.3. ¿Cuántas consultas se otorgaron a mujeres embarazadas en la Unidad de Salud durante la semana?

Anote el número entero exacto que se solicita. En caso de no tener el dato, anote "9999".

2.4. ¿Cuántas pacientes embarazadas al final de su control prenatal se contrarrefirieron durante la semana?

Anote la cantidad con número entero. Anote 9999 si desconoce el dato.



**2.5. ¿Cuántas pacientes embarazadas se refirieron por alguna complicación del embarazo durante la semana?**

Anote la cantidad con número entero. Anote 9999 si desconoce el dato.

**2.6. ¿Cuántas referencias se otorgaron en la Unidad de Salud durante la semana?**

Anote el número entero exacto que se solicita. En caso de no tener el dato, anote "9999".

**2.7. ¿Cuántas contrarreferencias se recibieron en la Unidad de Salud durante la Semana?**

Anote el número entero exacto que se solicita. En caso de no tener el dato, anote "9999".

**2.8. ¿Cuántas recetas fueron emitidas en la Unidad de Salud durante la semana?**

Anote el número entero exacto que se solicita. En caso no tener el dato, anote "9999".

**2.9. ¿Cuántas recetas fueron surtidas al 100% en la Unidad de Salud durante la semana?**

Anote el número entero exacto que se solicita. En caso no tener el dato, anote "9999".

<p>2.2. ¿Cuál fue el total de consultas de atención proactiva (fuera de la unidad) realizadas durante la semana? <i>Anote la cantidad con número entero. Anote 9999 si desconoce el dato.</i></p>
<p>2.3. ¿Cuál fue el total de pacientes ingresados a hospitalización u observación en la Unidad de Salud durante la semana? <i>Anote la cantidad con número entero. Anote 9999 si desconoce el dato.</i></p>
<p>2.4. ¿Cuántas consultas se otorgaron a mujeres embarazadas en la Unidad de Salud durante la semana? <i>Anote la cantidad con número entero. Anote 9999 si desconoce el dato.</i></p>
<p>2.5. ¿Cuántas pacientes embarazadas al final de su control prenatal se contrarrefirieron durante la semana? <i>Anote la cantidad con número entero. Anote 9999 si desconoce el dato.</i></p>
<p>2.6. ¿Cuántas pacientes embarazadas se refirieron por alguna complicación del embarazo durante la semana? <i>Anote la cantidad con número entero. Anote 9999 si desconoce el dato.</i></p>
<p>2.7. ¿Cuántas referencias se otorgaron en la Unidad de Salud durante la semana? <i>Anote la cantidad con número entero. Anote 9999 si desconoce el dato.</i></p>
<p>2.8. ¿Cuántas contrarreferencias se recibieron en la Unidad de Salud durante la semana? <i>Anote la cantidad con número entero. Anote 9999 si desconoce el dato.</i></p>

*Ilustración 6. Condiciones de Salud.*



2.10. En los casos de las recetas no surtidas al 100% ¿Qué medicamentos hicieron falta durante la semana?

Se le solicitará que introduzca el nombre o código del medicamento que no haya sido surtido al 100%. Al dar clic, se desplegará una lista con los medicamentos del cuadro básico, deberá elegir el que no surtió durante la semana. Si hay más de un medicamento que no fue surtido, dé clic en el ícono con el símbolo de "+", donde se agregará un nuevo campo para registrar el medicamento. En caso de que haya dado clic en el símbolo de "+", pero quiera eliminar esa selección, dé clic en el signo "-" del lado derecho (Ilustración 7).

2.11. ¿Cuántos nacimientos hubo en la localidad durante la semana?

Favor de anotar el número entero exacto que se solicita. En caso no tener el dato favor de anotar "9999".

2.12. ¿Se ha presentado algún desastre durante la semana en la localidad?

Elija solo una de las opciones que se muestran, en caso de elegir "Sí" se desplegará la pregunta 2.10.1, donde tendrá que seleccionar una o varias opciones según corresponda.

2.8. En los casos de recetas **NO surtidas al 100%**, ¿qué medicamentos hicieron falta durante la semana?  
Introduzca uno o más todos los medicamentos que hayan hecho falta en la semana. Para introducir un nuevo medicamento, pulse el símbolo "+".

Introduzca el nombre o código del medicamento 1.  
Use el autocompletado para localizar más fácilmente el medicamento.  
 010.000.1957.00 Amikacina. Solución inyectable. 100 mg. Envase con 1 ampolleta o frasco ámpula 2 ml

Introduzca el nombre o código del medicamento 2.  
Use el autocompletado para localizar más fácilmente el medicamento.  
 010.000.0108.00 Metamizol. Comprimido. 500 mg. Envase con 10

Introduzca el nombre o código del medicamento 3.  
Use el autocompletado para localizar más fácilmente el medicamento.

+

2.9. ¿Cuántos nacimientos hubo en la localidad durante la semana?  
Introduzca la cantidad con número entero. Anote 9999 si desconoce el dato.  
 2

2.10. ¿Se ha presentado algún desastre durante la semana en la localidad?  
 Sí  No  No sabe

2.10.1. Seleccione todos los que apliquen.  
 3 selected

2.11. Morbi-mortalidad semanal.

- 010.000.2188.00 Ipratropio, Salbutamol. Solución. 0.500 mg/2.500 mg, l
- 010.000.2190.00 Ipratropio, Salbutamol. Suspensión en aerosol. 0.286 n
- 010.000.2024.00 Isoconazol. Crema. 100 g. Envase con 20 gr
- 010.000.2417.00 Isoniazida, Rifampicina. Tableta recubierta. 400 mg/30
- 010.000.2418.00 Isoniazida, Rifampicina. Tableta. 75 mg/150 mg /400 m
- 010.000.2404.00 Isoniazida. Tableta, 100 mg. Envase con 200
- 010.000.0592.00 Isosorbida. Tableta sublingual. 5 mg. Envase con 20
- 010.000.0593.00 Isosorbida. Tableta. 10 mg. Envase con 20
- 010.000.2018.00 Itraconazol. Cápsula. 100 mg. Envase con 15
- 010.000.2016.00 Ketoconazol. Tableta. 200 mg. Envase con 10
- 010.000.2504.00 Ketoprofeno. Cápsula. 100 mg. Envase con 15
- 010.000.3422.00 Ketorolaco. Solución inyectable. 30 mg. Envase con 3 f
- 010.000.0463.00 Ketotifeno. Solución oral. 20 mg en 100 ml. Envase cor
- 010.000.2210.00 Levonorgestrel. Comprimido o tableta. 0.750 mg. Enva
- 010.000.2208.00 Levonorgestrel. Polvo. 52 mg. Envase con 1 dispositivo
- 010.000.3504.00 Levonorgestrel y etinilestradiol. Gragea. 0.15 mg/0.03

© 2024 CGSP IMSS-BIENESTAR

Ilustración 7. Registro de Medicamentos.



## 2.14. Morbi-mortalidad semanal.

En este módulo se requiere introducir los reportes de morbilidad y mortalidad ocurridos en su Unidad de Salud. Para esto, se implementaron dos recuadros: el primero es el reporte de **MORBILIDAD** y el segundo el de **MORTALIDAD**. Dentro de cada uno se necesita capturar primero el grupo diagnóstico del SUIVE, luego el diagnóstico específico, el grupo de edad, tanto para hombres como para mujeres y, por último, introducir el número de casos de acuerdo con el género y grupo de edad seleccionado(s).

Lea detenidamente las instrucciones que vienen en el recuadro gris con el fin de evitar errores al momento del correcto llenado. Es obligatorio introducir la cantidad de casos por grupo de edad elegido, de no hacerlo o si queda algún espacio en blanco no podrá terminar el formulario (Ilustración 8).

### » 2.14. Morbilidad y mortalidad semanal.

En esta sección se requiere introducir el número de casos de morbilidad y las causas de mortalidad de su Unidad de Salud/localidad, ocurridos durante la semana. La información requerida tiene cuatro niveles:

1. **Grupo diagnóstico del SUIVE.** Se le presentará un listado, del que deberá seleccionar la opción que aplique.
2. **Diagnóstico del SUIVE.** Se le presentará un listado con los diagnósticos específicos incluidos en el grupo que seleccionó en el número 1.
3. **Grupo de edad** al que corresponden los casos/causas reportados(as). Del listado que se le presentará, **deberá seleccionar todos los grupos de edad que apliquen para el diagnóstico que seleccionó en el número 2.** Si no hay casos/causas que reportar para el resto de grupos de edad, **deje las casillas en blanco.**
4. Luego de seleccionar el grupo de edad, se le presentará un campo de texto para introducir el número de casos/causas que se presentaron durante la semana para el mismo. **Por ejemplo: si seleccionó tres grupos de edad, se le presentarán tres campos distintos para llenar. La selección de grupos de edad e introducción de casos/causas se realiza primero para hombres, seguido de mujeres.**

Notas:

1. Si requiere introducir más de un diagnóstico, deberá dar clic en el símbolo '+' que aparece en la parte inferior de la sección correspondiente (mortalidad o morbilidad). Ello reiniciará el proceso de llenado y permitirá incluir un nuevo diagnóstico.
2. Una vez que termine la introducción de casos de morbilidad, ignore el símbolo '+' que aparece debajo de la sección y continúe con el apartado de mortalidad.
3. Una vez que termine la introducción de causas de mortalidad, ignore el símbolo '+' que aparece al final de la sección y continúe al módulo cinco.

Ilustración 8. Instrucciones Morbi-mortalidad semanal.

Para realizar la captura de los datos solicitados, es necesario seguir los siguientes pasos:

1. Grupo diagnóstico del SUIVE. Se le presentará un listado, del que deberá seleccionar la opción que aplique.
2. Diagnóstico del SUIVE. Se le presentará un nuevo listado relacionado con el grupo diagnóstico del SUIVE que eligió, ahí tendrá que elegir un diagnóstico específico.

Los diagnósticos para elegir van de acuerdo con el grupo diagnóstico seleccionado, por lo que serán diferentes para cada grupo diagnóstico (Ilustración 9). Si no existiera la opción que usted quiere reporta (en el



grupo diagnóstico), puede elegir la opción “otras enfermedades de interés local y/o regional”, la cual desplegará un recuadro para anotar el diagnóstico y su clave CIE-10 a cuatro dígitos, dejando un espacio en blanco entre los dos.

» » Reporte de morbilidad en la Unidad de Salud.

Seleccione el grupo diagnóstico.

Enfermedades infecciosas y parasitarias

---

Seleccione el diagnóstico.

Infecciones Intestinales Por Otros Organismos Y Las Mal Definidas A04, A08-A09 Excepto A08.0 (8)

---

Seleccione los grupos de edad de **hombres atendidos** a causa de Infecciones Intestinales Por Otros Organismos Y Las Mal Definidas A04, A08-A09 Excepto A08.0 (8).  
 Seleccione todos los grupos de edad que apliquen para el diagnóstico seleccionado.

menores a 1 año

de 1 a 4 años

de 5 a 9 años

de 10 a 14 años

de 15 a 19 años

de 20 a 24 años

de 25 a 44 años

de 45 a 49 años

de 50 a 59 años

de 60 a 64 años

de 65 y más años

de edad ignorada

---

Indique el número de casos de **hombres** de 5 a 9 años **atendidos** por Infecciones Intestinales Por Otros Organismos Y Las Mal Definidas A04, A08-A09 Excepto A08.0 (8).

Ilustración 9. Reporte de Morbilidad en la Unidad de Salud.

3. Grupos de Edad y Número de Casos. Del recuadro, tanto de hombres como para mujeres, seleccione el o los grupos de edad que corresponden al diagnóstico seleccionado. Luego de seleccionar uno o varios grupos de edad, se desplegará un campo de texto (o varios) para introducir el número de casos (de forma obligatoria) que se presentaron durante la semana relacionada al o a los grupos de edad seleccionados (Ilustración 10 y 11).



Seleccione los grupos de edad de **hombres atendidos** a causa de Infecciones Intestinales Por Otros Organismos Y Las Mal Definidas A04, A08-A09 Excepto A08.0 (8).  
*Seleccione todos los grupos de edad que apliquen para el diagnóstico seleccionado.*

- menores a 1 año
- de 1 a 4 años
- de 5 a 9 años
- de 10 a 14 años
- de 15 a 19 años
- de 20 a 24 años
- de 25 a 44 años
- de 45 a 49 años
- de 50 a 59 años
- de 60 a 64 años
- de 65 y más años
- de edad ignorada

Indique el número de casos de **hombres** de 5 a 9 años **atendidos** por Infecciones Intestinales Por Otros Organismos Y Las Mal Definidas A04, A08-A09 Excepto A08.0 (8). \* 1

5

Indique el número de casos de **hombres** de 10 a 14 años **atendidos** por Infecciones Intestinales Por Otros Organismos Y Las Mal Definidas A04, A08-A09 Excepto A08.0 (8). \* 2

3

Ilustración 10. Grupos de Edad y Número de Casos Hombres.

Seleccione los grupos de edad de **mujeres atendidas** a causa de Infecciones Intestinales Por Otros Organismos Y Las Mal Definidas A04, A08-A09 Excepto A08.0 (8).  
*Seleccione todos los grupos de edad que apliquen para el diagnóstico seleccionado.*

- menores a 1 año
- de 1 a 4 años
- de 5 a 9 años
- de 10 a 14 años
- de 15 a 19 años
- de 20 a 24 años
- de 25 a 44 años
- de 45 a 49 años
- de 50 a 59 años
- de 60 a 64 años
- de 65 y más años
- de edad ignorada

Indique el número de casos de **mujeres** de 5 a 9 años **atendidas** por Infecciones Intestinales Por Otros Organismos Y Las Mal Definidas A04, A08-A09 Excepto A08.0 (8). \* 1

Indique el número de casos de **mujeres** de 15 a 19 años **atendidas** por Infecciones Intestinales Por Otros Organismos Y Las Mal Definidas A04, A08-A09 Excepto A08.0 (8). \* 2

+

Ilustración 11. Grupos de Edad y Número de Casos Mujeres.

4. Más de un diagnóstico. En caso de que se tenga que introducir más de un diagnóstico, dé clic en el símbolo “+”, que aparece en la parte inferior de cada recuadro (es diferente el cuadro para mortalidad que morbilidad), donde se desplegará un nuevo recuadro, ahí tendrá que introducir la misma información que introdujo en el cuadro previo (grupo diagnóstico,



diagnostico, grupo de edad, tanto para hombres como mujeres y el número de casos por grupo de edad), (Ilustración 11).

5. Para introducir la mortalidad, es el mismo procedimiento que para morbilidad, pero se debe tener mucho cuidado en capturar la información en el módulo indicado. En la parte superior, en color naranja, está el tipo de reporte a capturar. Corrobore si es morbilidad (primer rubro) o mortalidad (segundo rubro), (Ilustración 12).

» » Reporte de mortalidad en la localidad.

Seleccione el grupo diagnóstico.	1
Enfermedades no transmisibles	
Seleccione el diagnóstico.	
Enfermedad Cerebrovascular I60-I67, I69 (52)	
Seleccione los grupos de edad de <b>hombres</b> que <b>fallecieron</b> a causa de Enfermedad Cerebrovascular I60-I67, I69 (52). <i>Seleccione todos los grupos de edad que apliquen para el diagnóstico seleccionado.</i>	
<input type="checkbox"/> menores a 1 año	
<input type="checkbox"/> de 1 a 4 años	
<input type="checkbox"/> de 5 a 9 años	
<input type="checkbox"/> de 10 a 14 años	
<input type="checkbox"/> de 15 a 19 años	
<input type="checkbox"/> de 20 a 24 años	
<input type="checkbox"/> de 25 a 44 años	
<input type="checkbox"/> de 45 a 49 años	
<input type="checkbox"/> de 50 a 59 años	
<input checked="" type="checkbox"/> de 60 a 64 años	
<input type="checkbox"/> de 65 y más años	
<input type="checkbox"/> de edad ignorada	
Indique el número de casos de <b>hombres</b> de 60 a 64 años <b>fallecidos</b> por Enfermedad Cerebrovascular I60-I67, I69 (52).	* 1
2	

Ilustración 12. Reporte de Mortalidad en la localidad.



Indique el número de casos de **hombres** de 60 a 64 años **fallecidos** por Enfermedad Cerebrovascular I60-I67, I69 (52). \* 1

2

---

Seleccione los grupos de edad de **mujeres** que **fallecieron** a causa de Enfermedad Cerebrovascular I60-I67, I69 (52).  
Seleccione todos los grupos de edad que apliquen para el diagnóstico seleccionado.

- menores a 1 año
- de 1 a 4 años
- de 5 a 9 años
- de 10 a 14 años
- de 15 a 19 años
- de 20 a 24 años
- de 25 a 44 años
- de 45 a 49 años
- de 50 a 59 años
- de 60 a 64 años
- de 65 y más años
- de edad ignorada

Indique el número de casos de **mujeres** de 65 y más años **fallecidas** por Enfermedad Cerebrovascular I60-I67, I69 (52). \* 1

1

+

→ Siguiente

Ilustración 13. Reporte de Mortalidad.

Recuerde que es importante introducir la información completa. Esto se refiere a introducir las causas de mortalidad, por grupos de edad, tanto para hombres como mujeres, e introducir todos los diagnósticos (morbilidad) que se vieron en consulta en la semana a reportar, por grupos de edad, tanto para hombres como para mujeres.

**Importante.** Si tuviera que eliminar algún registro erróneo, diríjase a la parte lateral derecha de la cédula y dé clic en el botón “-”, el cual le permitirá eliminar registros desde el conteo que se va generando automáticamente.

Seleccione el grupo diagnóstico.

Enfermedades infecciosas y parasitarias

-  
3

**Eliminar este grupo de respuestas?**

Esta acción es irreversible. Esta seguro de proceder?

Ilustración 14. Eliminar respuesta.



### Módulo 3. Atención en Fines de Semana.

#### 3.1. ¿La Unidad de Salud brindará atención durante el fin de semana?

Seleccione "Sí" o "No" si la unidad brindará atención el próximo fin de semana.

##### 3. Atención en fines de semana.

3.1. ¿La Unidad de Salud brindará atención durante el fin de semana?

Sí

No

Ilustración 15. Atención en fines de semana.

#### 3.1.1. ¿Durante qué días?

Al elegir que sí en la pregunta 3.1., se desplegará una tabla donde podrá anotar qué días y a qué hora iniciará y terminará la atención. Introduzca su respuesta en formato de 24 horas. Si dará atención solamente en uno de los días especificados, llene solo los campos correspondientes. Anote 9999 en los días que no dará atención (Ilustración 16).

##### 3. Atención en fines de semana.

3.1. ¿La Unidad de Salud brindará atención durante el fin de semana?

Sí

No

##### » 3.1.1. ¿Durante qué días?

Por favor, anote la hora en que iniciará ("De:") y terminará ("A:") la atención. Introduzca su respuesta **en formato de 24 horas**. Si dará atención solamente en uno de los días especificados, anote sus respuestas para ese día, y anote '9999' en los campos del día en que no dará atención.

Día	De:	A:
Sábado	09.00	18.00
Domingo	09.00	14.00

Ilustración 16. Atención en fines de semana, ¿durante qué días?



Módulo 4. Estrategia de Fidelización de Usuarías/usuarios.

4. ¿La Unidad de Salud participa en la estrategia de Fidelización de usuarias/os?

Seleccione "Sí" o "No" si la unidad participa en la estrategia de Fidelización de usuarias/os.

4.1. Reporte de Fidelización mensuales.

Si elige "Sí", tendrá que llenar la información relativa al seguimiento de pacientes en tratamiento de Diabetes Mellitus (DM), con DM Controladas/os y que se mantienen, en tratamiento de hipertensión arterial sistémica (HAS) y pacientes con HAS controlados y que se mantienen durante la última semana del mes en curso.

Si su reporte es de información extemporánea, deberá ingresar la información del mes al que corresponde en la columna correspondiente. Si aún no es fin de mes, deje la información del mes en curso en blanco y llénela en la última semana del mes (Ilustración 17).

» 4.2. Reportes de Fidelización mensuales.

Por favor, anote la información relativa al seguimiento mensual de pacientes. Anote **solamente el dato correspondiente al mes en curso**, y realice su reporte **durante la última semana del mes en curso**.

Si su reporte es extemporáneo, es decir, no fue realizado durante el mes correspondiente, anote los datos en el campo apropiado. Ejemplo: si no capturó la información a la última semana del mes de junio, y el mes actual es julio, anote los datos correspondientes a junio en la primera columna, y espere a la última semana de julio para reportar los datos del mes en curso.

**Si aún no es la última semana del mes de reporte, deje esta tabla en blanco.**

Pacientes	Jun.	Jul.	Ago.	Sept.	Oct.	Nov.
En tratamiento de Diabetes Mellitus (DM)						
Pacientes con DM controladas /os, y que se mantienen						
En tratamiento de hipertensión arterial sistémica (HAS)						
Pacientes con HAS controlados, y que se mantienen						

Ilustración 17. Reporte de fidelización.



## Módulo 5. Programa La Clínica es Nuestra (PLCEN).

### 5.1 ¿La Unidad de Salud participa en el Programa La Clínica es Nuestra?

Seleccione “Sí” o “No” respecto a si la unidad participa en el Programa La Clínica es Nuestra (PLCEN).

#### 5. Programa la Clínica es Nuestra (PLCEN).

<p>5.1. ¿La Unidad de Salud participa en el Programa la Clínica es Nuestra (PLCEN)? <span style="float: right;">*</span></p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No</p>
--

Ilustración 18. Programa La Clínica es Nuestra.

Si elige “No”, diríjase directamente al Módulo 6 para continuar con el llenado de la cédula y concluir con el registro de información.

Si elige “Sí”, responda la pregunta “5.2. ¿Ha contestado con anterioridad las preguntas de seguimiento al PLCEN relativas a su Unidad de Salud?” y especifique si ha contestado con anterioridad las preguntas de seguimiento al PLCEN relativas a su Unidad de Salud.

<p>5.2. ¿Ha contestado con anterioridad las preguntas de seguimiento al PLCEN relativas a su Unidad de Salud? <span style="float: right;">*</span></p> <p><small>Estas preguntas se responden una única vez por Unidad de Salud. Si ya ha contestado las preguntas de esta sección con anterioridad, por favor seleccione “Sí”, y continúe con a la siguiente sección. Si aún no contestado las preguntas de seguimiento, seleccione “No”, y responda las preguntas desplegadas.</small></p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No</p>
--

Ilustración 19. ¿Ha contestado con anterioridad las preguntas de seguimiento al PLCEN?

Si ya ha contestado las preguntas con anterioridad, seleccione “Sí” y conteste los apartados “5.3. ¿Ha contestado con anterioridad las preguntas sobre proyectos de infraestructura, mobiliario y equipamiento realizados en el marco del PLCEN en su Unidad de Salud?” y “5.4. Ha proporcionado evidencia fotográfica sobre el antes y después de los proyectos de infraestructura, mobiliario, o equipamiento realizados en el marco del PLCEN en su Unidad de Salud?”, que aparecen a continuación.

Si elige “Sí” a estas dos preguntas, continúe al siguiente módulo para completar el llenado de la cédula y concluir el registro de información (Ilustración 20).



<p>5.2. ¿Ha contestado con anterioridad las preguntas de seguimiento al PLCEN relativas a su Unidad de Salud? <span style="float: right;">*</span></p> <p><small>Estas preguntas se responden una única vez por Unidad de Salud. Si ya ha contestado las preguntas de esta sección con anterioridad, por favor seleccione "Sí", y continúe con a la siguiente sección. Si aún no contestado las preguntas de seguimiento, seleccione "No", y responda las preguntas desplegadas.</small></p> <p><input checked="" type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No</p>
<p>5.3. ¿Ha contestado con anterioridad las preguntas sobre proyectos de infraestructura, mobiliario y equipamiento realizados en el marco del PLCEN en su Unidad de Salud? <span style="float: right;">*</span></p> <p><small>Estas preguntas se responden una única vez por Unidad de Salud. Si ya ha contestado las preguntas de esta sección con anterioridad, por favor seleccione "Sí", y continúe con a la siguiente sección. Si aún no contestado las preguntas de seguimiento, seleccione "No", y responda las preguntas desplegadas.</small></p> <p><input checked="" type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No</p>
<p>5.4. ¿Ha proporcionado evidencia fotográfica sobre el antes y después de los proyectos de infraestructura, mobiliario, o equipamiento realizados en el marco del PLCEN en su Unidad de Salud? <span style="float: right;">*</span></p> <p><small>Estas preguntas se responden una única vez por Unidad de Salud. Si ya ha contestado las preguntas de esta sección con anterioridad, por favor seleccione "Sí", y continúe con a la siguiente sección. Si aún no contestado las preguntas de seguimiento, seleccione "No", y responda las preguntas desplegadas.</small></p> <p><input checked="" type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No</p>

Ilustración 20. Preguntas sobre proyectos del PLCEN.

Si elije "No", conteste las preguntas de los puntos "5.6. Proyectos de infraestructura identificados por COSABI", "5.7. Proyectos de mobiliario identificados por el COSABI" y "5.8. Proyectos de equipamiento identificados por COSABI", así como la información de "Otros proyectos", en caso de que se tengan proyectos no enlistados previamente en cada una de estas secciones (ver página 19). Haga lo mismo con la pregunta "5.9. Evidencia fotográfica. Antes y después de los trabajos realizados de infraestructura, equipamiento y mobiliario dentro de la Unidad de Salud".

En cambio, si en la pregunta 5.2. elije "No", llene primero el apartado "5.5. Seguimiento al PLCEN".

En este apartado, las preguntas están orientadas al conocimiento que se tiene acerca del programa La Clínica es Nuestra (PLCEN), si sabe qué son los Comités de Salud y del Bienestar (COSABI) del PLCEN, si existe un COSABI en su unidad, si está en operación, así como toda la información acerca de la elaboración e implementación de los proyectos y si han realizado asambleas respecto al programa.

Llene la información, eligiendo "Sí" o "No", según corresponda en cada una de las preguntas.

Deberá poner especial atención a la pregunta "5.5.6. Conoce los proyectos identificados por el COSABI para su implementación en la USPN", la cual, al elegir "Sí", se desplegará una serie de cuadros donde podrá especificar la información de las distintas categorías de dichos proyectos, relativos a infraestructura, equipo y mobiliario (Ilustración 21).



» 5.5. Seguimiento al PLCEN

5.5.1. ¿Conoce el programa La Clínica es Nuestra (PLCEN)?	*
<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
5.5.2. ¿Sabe qué son los Comités de Salud y Bienestar (COSABI) del PLCEN?	*
<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
5.5.3. ¿Existe un COSABI instalado en la unidad de salud de primer nivel (USPN)?	*
<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe	
5.5.4. ¿El COSABI está en operación actualmente en la USPN?	*
<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe	
5.5.5. ¿El COSABI y la unidad de salud participaron en la elaboración del diagnóstico para conocer las necesidades que tiene la USPN en las áreas de rehabilitación, equipamiento, y/o mantenimiento?	*
<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe	
5.5.6. ¿Conoce los proyectos identificados por el COSABI para su implementación en la USPN? <i>Contestar afirmativamente abrirá las preguntas 5.6, 5.7 y 5.8 en donde especificará los proyectos implementados de infraestructura, mobiliario y equipamiento. Adicionalmente se le solicitará evidencia fotográfica sobre la implementación de estos proyectos en la pregunta 5.9.</i>	*
<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
5.5.6.1. ¿Considera que los proyectos identificados servirán para brindar una mejor atención a la población?	*
<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
5.5.7. ¿Tu USPN tiene actualmente un proyecto definido para el PLCEN?	*
<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe	
5.5.8. ¿Se han celebrado asambleas para el PLCEN?	*
<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe	
5.5.8.1. ¿Cuántas asambleas se han celebrado?	*
1	
5.5.8.2. ¿El personal de la USPN ha participado en estas asambleas?	*
<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe	
5.5.9. Si los tiene, por favor anote aquí sus comentarios a las actividades dentro del PLCEN:	
	//



Ilustración 21. Seguimiento al PLCEN

Dichos cuadros pertenecen a los apartados “5.6. Proyectos de infraestructura identificados por el COSABI”, “5.7. Proyectos de mobiliario identificados por el COSABI” y “5.8. Proyectos de equipamiento identificados por el COSABI”. Capture ahí la información específica de los proyectos identificados. Si tuviera proyectos no enlistados en los cuadros previos, ocupe los cuadros complementarios de “Otros proyectos no reportados”, que aparecen en la misma sección.

Recuerde que si su respuesta inicial para la pregunta 5.2. es “Sí”, pasará directamente a esta misma serie de preguntas relacionadas a las actividades del programa.

**5.6. Proyectos de infraestructura identificados por el COSABI**

Aquí podrá dar seguimiento a las preguntas contestadas con anterioridad sobre el PLCEN. Responda a continuación la siguiente serie de preguntas relacionadas a los proyectos de infraestructura identificados por el COSABI. Si se han realizado actividades de infraestructura deberá especificarlos aquí, indicando la cantidad de proyectos realizados (Ilustración 22).

» 5.6. Proyectos de infraestructura identificados por el COSABI.

Del listado presentado, por favor seleccione todos los **proyectos de infraestructura** implementados por el COSABI que apliquen:

Proyectos:

- Imagen institucional
- Bardas perimetrales
- Instalaciones eléctricas
- Instalación hidráulica
- Instalación sanitaria
- Impermeabilización
- Acabados
- Aire acondicionado
- Accesos
- Adecuación espacio de farmacia
- Pozos de agua
- Techumbre en exteriores
- Vivienda del pasante

Ilustración 22. Proyectos de Infraestructura COSABI.

**5.6.1. Otros proyectos de infraestructura, no reportados en el listado anterior.**

Si existiera algún proyecto de infraestructura diferente que no se encuentre en la lista anterior, identificado por el COSABI, por favor anótelo a continuación.

Deberá anotar el nombre del proyecto, en mayúsculas y sin acentos, así como la cantidad realizados.



Puede agregar los proyectos que sean necesarios, utilizando el botón con el recuadro de "+" (Ilustración 23).

» » 5.6.1. Otros proyectos de infraestructura, no reportados en el listado anterior.

Si existe algún proyecto de infraestructura identificado por el COSABI **no mencionado en el listado anterior**, por favor anótelo aquí. Si desea agregar más de uno, dé clic en el símbolo de suma (+) que aparece debajo.

Nombre del proyecto:  
*Por favor, anote el nombre con letras mayúsculas y sin acentos.*

+

Ilustración 23. Otros proyectos de infraestructura, no reportados en el listado anterior.

**5.7. Proyectos de mobiliario identificados por el COSABI.**

Si el COSABI ha identificado proyectos de mobiliario para su implementación, es necesario especificar las cantidades que apliquen para cada uno de los elementos enlistados en el siguiente cuadro (Ilustración 24).

» 5.7. Proyectos de mobiliario identificados por el COSABI.

Por favor, llene esta sección **en seguimiento a las preguntas que ha contestado con anterioridad sobre el PLCEN**. Si el COSABI ha identificado proyectos **de mobiliario** para su implementación, especifique las cantidades que apliquen del listado presentado:

Mobiliario	Cantidad <i>(anote la cantidad con números arábigos: 1, 2, 3, etc.)</i>
Extintuidor	1
Botiquín	1
Báscula con estadímetro	1
Báscula pesa bebé Banca tándem	
Escritorio	1
Silla secretarial	
Silla ergonómica	1
Banco giratorio	1
Archiveros	
Vitrina para medicamentos	
Estante para guarda estéril	
Vitrina para instrumental	
Soporte para pantalla de 26" a 55"	



Pantalla LED de 32"	
Porta rotafolio y pizarrón	
Anaqueles para cargas pesadas	
Escalerilla de 3 peldaños	
Cubeta de patada con portacubeta rodable	
Cesto para papeles	
Botes de campana	
Bote sanitario con pedal	
Mesa Pasteur alta con lavabo de 90 cm	
Mesa de 120 cm	

Ilustración 24. Proyectos de mobiliario COSABI.

**5.7.1. Otros proyectos de mobiliario, no reportados en el listado anterior.**

Si existiera algún proyecto de mobiliario diferente que no se encuentre en la lista anterior, identificado por el COSABI, por favor anótelos a continuación.

Deberá anotar el nombre del proyecto, en mayúsculas y sin acentos, así como la cantidad realizados.

Puede agregar los proyectos que sean necesarios, utilizando el botón con el recuadro de "+" (Ilustración 25).

» » 5.7.1. Otros proyectos de mobiliario, no reportados en el listado anterior.

Si existe algún proyecto de mobiliario identificado por el COSABI **no mencionado en el listado anterior**, por favor anótelos aquí.  
Si desea agregar más de uno, dé clic en el símbolo de suma (+) que aparece debajo.

Nombre del proyecto:  
Por favor, anote el nombre con letras mayúsculas y sin acentos.

Cantidad:

+

Ilustración 25. Otros proyectos de mobiliario, no reportados en el listado anterior.



**5.8. Proyectos de equipamiento identificados por el COSABI.**

Ahora, se debe ingresar la información sobre el equipamiento identificado por el COSABI para su implementación.

Debe especificar las cantidades correspondientes a cada una de las opciones descritas en el siguiente cuadro (Ilustración 26).

» 5.8. Proyectos de equipamiento identificados por el COSABI.

Del listado presentado, por favor seleccione todos los <b>proyectos de equipamiento</b> identificados por el COSABI para su implementación:	
Equipamiento	Cantidad <i>(anote la cantidad con números arábigos: 1, 2, 3, etc.)</i>
Estetoscopio de cápsula doble (biauricular)	
Baumanómetro/esfingománometro	
Baumanómetro/esfingomanómetro pediátrico	
Estuche de diagnóstico	
Termómetros digitales	
Oxímetro de pulso	
Lámpara de exploración	
Fonodetector portátil de latidos fetales	
Esterilizador de vapor autogenerado de mesa	
Negatoscopio farmacia	
Electrocardiógrafo digital portátil con interpretación	
Set de instrumental para asepsia	
Set de instrumental para atención de parto	
Set de instrumental para revisión uterina	
Set de instrumental para curaciones	



Set para instrumental para sutura completo	
Estetoscopio Pinard	
Torundero con tapa de acero	
Porta abatelenguas	
Porta termómetro autogenerado de mesa	

Ilustración 26. Proyectos de equipamiento en COSABI.

**5.8.1. Otros proyectos de equipamiento no reportados en el listado anterior.**

Si existiera algún proyecto de mobiliario diferente que no se encuentre en la lista anterior, identificado por el COSABI, por favor anótelo a continuación.

Deberá anotar el nombre del proyecto, en mayúsculas y sin acentos, así como la cantidad realizados.

Puede agregar los proyectos que sean necesarios, utilizando el botón con el recuadro de “+” (Ilustración 27).

» » 5.8.1. Otros proyectos de equipamiento, no reportados en el listado anterior.

Si existe algún proyecto de equipamiento identificado por el COSABI <b>no mencionado en el listado anterior</b> , por favor anótelo aquí. Si desea agregar más de uno, dé clic en el símbolo de suma (“+”) que aparece debajo.
Nombre del proyecto: <i>Por favor, anote el nombre con letras mayúsculas y sin acentos.</i>
Cantidad:
<input style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;" type="button" value="+"/>

Ilustración 27. Otros proyectos de equipamiento, no reportados en el listado anterior.

**5.9. Evidencia fotográfica. Antes y después de los trabajos realizados de infraestructura, equipamiento y mobiliario dentro de la Unidad de Salud.**

A continuación, suba evidencias fotográficas sobre el *antes* y el *después* de los trabajos realizados, en cuanto a infraestructura, equipamiento y mobiliario. Deberá subir un máximo de seis fotografías que muestren el destino de los recursos recibidos, comparando las condiciones en que se encontraba la Unidad de Salud antes de la aplicación del programa, así como después su aplicación.

Las fotografías podrán subirse de dos maneras, por fotografías individuales y por *collage*; para cada una de estas modalidades podrá elegir qué tipo de archivo va



a subir con la opción: “Seleccione el tipo de archivo a compartir”, que aparece en la parte inferior del recuadro (Ilustración 28).

» 5.9. Evidencia fotográfica. Antes y después de los trabajos realizados de infraestructura, equipamiento y mobiliario dentro de la Unidad de Salud.

Por favor, **suba algunas fotografías que muestren los proyectos implementados**, comparando las **condiciones en que se encontraba la Unidad de Salud antes** de la aplicación del programa, contra las **condiciones en que se encuentra luego de la aplicación de este**.

Considere lo siguiente:

1. Si sube un archivo de imagen, el formato debe ser *jpg* o *png*.
2. Cada imagen deberá tener un máximo de 5 Mb, y mostrar con claridad las situaciones anterior y posterior de la Unidad de Salud en relación a la aplicación de los recursos otorgados por el PLCEN.
3. **Puede subir un collage de fotografías**, es decir, varias imágenes (una, dos, o diez, por ejemplo) en un mismo documento de MS Word o PDF, siempre y cuando su resolución sea aceptable, **la fecha de toma de las fotografías esté especificada**, el archivo no sea mayor a 5 Mb y se muestre con claridad la situación anterior y posterior a la implementación del proyecto.
4. Si no conoce la fecha exacta de la fotografía, puede considerar los meses de inicio y final de la aplicación del PLCEN.

Seleccione el tipo de archivo a compartir: \*

ninguno seleccionado

Ilustración 28. Evidencia fotográfica antes y después de los trabajos realizados.

Al elegir “Fotografías individuales”, se desplegarán las opciones para subir tres fotografías del “antes” y tres fotografías del “después”, donde además de eso deberá incluir la fecha de cada una de estas, así como el tipo de proyecto al que corresponden. Indique si concluyó con la carga de fotografías (Ilustración 29).

» » Suba los archivos individuales en los campos correspondientes:

Nota: Por favor, coloque las imágenes con que cuente al momento de llenar este formulario, independientemente de si fueron tomadas antes o después de la implementación del proyecto. En caso de que requiera colocar más imágenes en el futuro, proporciónelas llenando un formulario nuevo.  
Por ejemplo: **si al momento de llenar este formulario solamente cuenta con imágenes del estado anterior del proyecto, cárguelas y llene un formulario nuevo en cuanto adquiera las imágenes del estado actual.**

Proyecto	Antes	Fecha de imagen (antes)	Después	Fecha de imagen (después)
Infraestructura	Haga clic aquí para subir ↻	yyyy-mm-dd ↻	Haga clic aquí para subir ↻	yyyy-mm-dd ↻
Equipo	Haga clic aquí para subir ↻	yyyy-mm-dd ↻	Haga clic aquí para subir ↻	yyyy-mm-dd ↻
Mobiliario	Haga clic aquí para subir ↻	yyyy-mm-dd ↻	Haga clic aquí para subir ↻	yyyy-mm-dd ↻

¿Concluyó con la carga de fotografías individuales? \*

Sí

No

Ilustración 29. Subir archivos individuales.



En cambio, si sube un collage, podrá subir su colección de fotografías, siempre y cuando cumplan con las indicaciones especificadas. Puede juntar todas las fotografías en un documento de Word o PDF y subir todas las fotografías en un solo documento. (Ilustración 30).

Por favor, suba su colección (collage) de fotografías:

Recuerde:

1. Puede subir varias imágenes (una, dos, o diez, por ejemplo) en un mismo documento de MS Word o PDF, siempre y cuando la resolución de aquellas sea aceptable.
2. La fecha de toma de las fotografías debe ser especificada dentro del archivo.
3. El archivo no debe superar los 5 Mb.
4. Se debe mostrar con claridad la situación anterior y posterior a la implementación del proyecto.

Haga clic aquí para subir el archivo. (<10MB)



Ilustración 30. Subir collage.

### Módulo 6. Detecciones.

Anote las detecciones realizadas durante la semana en la Unidad de Salud (Ilustración 31).

#### 6. Detecciones.

Por favor, anote las detecciones realizadas durante la semana en la Unidad de Salud. Anote cero (0) en los casos donde no aplique.

Detección	Realizadas	Positivas
Diabetes Mellitus	9	4
Hipertensión arterial	9	3
Cáncer de mama	10	1
Cáncer cervicouterino	8	0
Cáncer en menores de 18 años	5	0
Depresión y ansiedad	11	6

Ilustración 31. Detecciones.



## Módulo 7. Comentarios.

Finalmente, si desea dejar comentario o sugerencia, marque "Sí" y escríbalo a continuación. De no ser así, dé clic en el botón Enviar (Ilustración 22).

### Cédula de Registro de Condiciones de Salud (v4)

#### 6. Comentarios.

6.1. Muchas gracias por llenar el formulario. ¿Tiene comentarios/sugerencias sobre el mismo?

Sí

No

/olver

Ilustración 32. Comentarios.

Si tiene alguna duda o comentario sobre esta guía o la cédula de registro de condiciones de salud, diríjase al correo:

[gestionsp@imssbienestar.gob.mx](mailto:gestionsp@imssbienestar.gob.mx)