

ANEXO DOS

	Universidad Autónoma de Ciudad Juárez		UNIVERSIDAD SALUDABLE	Unijercítate	
				PO-DGESE-199-01	
Ficha de registro				Nº _____	
1. _____			Nombre(s)		
Apellido paterno		Apellido materno			
2. Sexo:	Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>			
3. Fecha de nacimiento	____/____/____	Edad: _____			
Día		Mes		Año	
4. Estado civil:	Solter@ <input type="checkbox"/>	Casad@ <input type="checkbox"/>	Unión libre <input type="checkbox"/>	Divorciad@ <input type="checkbox"/> Viud@ <input type="checkbox"/>	
5. Domicilio:	_____				
Calle		Núm.		Colonia/Fraccionamiento	
6. Teléfono(s):	Casa _____	Celular: _____	Trabajo: _____		
7. Correo electrónico:	_____				
8. Categoría:	Estudiante <input type="checkbox"/>	Docente <input type="checkbox"/>	Emplead@ <input type="checkbox"/>	Pensionad@/Jubilad@ <input type="checkbox"/> <i>otras</i>	
9. Instituto:	_____ Programa/Depto. _____				
10. Matrícula:	_____ Emplead@ núm. _____				
11. Licenciatura <input type="checkbox"/>	Maestría <input type="checkbox"/>	Doctorado <input type="checkbox"/>	Semestre que cursa <input type="checkbox"/>		
12. Servicio médico:	IMSS núm. _____ UMF _____				
Servicios Médicos UACJ núm. _____					
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:					
Nombre: _____					
Parentesco:	Padre <input type="checkbox"/>	Madre <input type="checkbox"/>	Espos@ <input type="checkbox"/>	Familiar _____ Amig@ <input type="checkbox"/>	
(Especifique parentesco)					
Teléfono(s): _____					
Observaciones: _____					

>>Habiendo leído el Reglamento, me comprometo a asistir los tres (3) días y tres (3) horas por semana que abajo señalo:					
Lunes _____	Martes _____	Miércoles _____	Jueves _____	Viernes _____	Sábado _____
Horario:	De _____	a _____	A. M. <input type="checkbox"/>	P. M. <input type="checkbox"/>	
Firma: _____	Fecha: _____ / _____		de 201		
		Día	Mes		

SIGNOS VITALES

Fecha _____

Frecuencia cardíaca _____ Frecuencia respiratoria _____

Presión arterial _____

Peso: _____ kg. Talia: _____ cm. Índice de masa corporal _____

Antecedentes personales patológicos:

Tratamiento:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Observaciones:

Nombre de quien atendió: _____ Enfermería _____ Medicina _____

ANEXO TRES

UACJ		Agenda de Citas para Asesorías de NUTRICION				UniEjercítate	
Fecha: _____		de 2013				FO-DGESE-199-02	
Hora	Nombre completo	Estudiante	Trabajador	Docente	Otro	Correo Electrónico	Teléfono(s)
7:00 - 7:30 AM							
7:30 - 8:00							
8:00 - 8:30							
8:30 - 9:00							
9:00 - 9:30							
9:30 - 10:00							
10:00 - 10:30							
10:30 - 11:00							
11:00 - 11:30							
11:30 - 12:00							
12:00 - 12:30							
12:30 - 1:00 PM							
1:00 - 1:30							
1:30 - 2:00							
2:00 - 2:30							
2:30 - 3:00							
3:00 - 3:30							
3:30 - 4:00							
4:00 - 4:30							
4:30 - 5:00							
5:00 - 5:30							
5:30 - 6:00							
6:00 - 6:30							
6:30 - 7:00							
7:00 - 7:30							
7:30 - 8:00							

ANEXO CUATRO

Historia Clínica para Nutrición

FO-DGESE-199-03

1. **DATOS PERSONALES** Fecha _____ Matricula _____
 Nombre _____ Edad _____ Sexo _____
 Estado Civil _____ Escolaridad _____ Ocupación _____ Motivo _____

2. **ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES** 3. **ANTECEDENTES PERSONALES**

Padecimiento	Grado	Padecimiento	Grado
DM		HTA	
Sob/Obesidad		Dislipidemias	
Cardiopatías		Otros	

	Tipo/Cantidad	Proc
Tabaco		
Alcohol		
Otros		
Act. Fis.		

Inf. Adicional de AF: _____

4. **ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS**
 Enfermedad _____ Inicio _____ Tratamiento _____

5. **PADECIMIENTO ACTUAL:** _____ Tx _____

RECORDATORIO DE 24 HORAS

	Des	Col	Contida	Col	Cana	Otra	Total	Kcal	HdC	Prot	Lip
PyC								80	15	3	1
Leg								100	15	7	1
Frutas								60	15	0	0
Ver								25	5	2	0
Carnes B								50	0	7	3
M								75	0	7	3
Lácteos								90/20	12	8	2/3
Grasa								45	0	0	3
Azúcar								40	10	0	0
								Gr/Kcal	/	/	/
								%			Kcal

FRECUENCIA DE ALIMENTOS

	Tipo/Frecuencia/Cantidad	Tipo/Frecuencia/Cantidad
Leche/Yogurt		Leguminosas
Frutas		Verduras
Pan		Arroz/Pastas
		Tortillas
Cereales		Oleaginosas
Carnes Rojas y Embutidos		Puerco
Carnes Blancas		Huevo
Grasas Aceite		Queso
Margarina		Agucate
Azulcar		Aderzas
Dulces		Bebidas (café/té)
Refrescos		Agua

Val. de Nut: Cumple? Kcal _____ HdC _____ Sim _____ Fibra _____ Prot _____ Lip _____ Sat _____ Agua _____ Cn _____ Fe _____ Otr _____

Problemas Gastrointestinales: Pirosis _____ Estreñimiento _____ Diarrea _____ Náuseas _____ Vómito _____ Otro _____

Restricción de alimentos/Alergias: _____

ANTROPOMETRÍA

Peso _____ Talla _____ IMC _____ Valoración _____ Exploración Física: _____

Cintura _____ Cadera _____ CC _____ RCV _____

C. Brazo _____ C. Pierna _____ Otro _____

Nombre del(a) Entrevistador(a) / Firma: _____

ANEXO CINCO

FO-DGESE-199-04

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
Dirección General de Extensión y Servicios Estudiantiles
Subdirección de Universidad Saludable
UniEjercitate (Gimnasio - Laboratorio)

EVALUACION DE CAPACIDADES FISICAS

Nombre: _____		Folio Núm.: _____		
Edad: _____	Género: Masculino <input type="checkbox"/>		Femenino <input type="checkbox"/>	
Categoría: Estudiante <input type="checkbox"/> Docente <input type="checkbox"/> Trabajador(a) <input type="checkbox"/> Jubilado(a) <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>				
Núm. Matrícula: _____		Núm. Emplead@: _____		
¿Cuál es tu objetivo? _____				
¿Recibes asesoría nutricional? ___ Sí ___ No				
Enfermedades o lesiones: _____				
Cirugías: _____				
Fecha:	Inicio	Intermedio	Final	Observaciones:
Prueba de Flexibilidad 1-10				
Flexión de Tronco				
Prueba de Fuerza				
Sentadilla Squat 30 seg. a 1 mln.				
Prueba de Resistencia				
1 a 8 minutos - Caminadora				
Nombre del(a) Asesor(a): _____		Matrícula: _____		
Firma del(a) Asesor(a): _____				



PROCEDIMIENTO



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE
CIUDAD JUÁREZ

ANEXO SEIS

UNIEJERCITATE FO-DGESE-199-05

NAHARRADO UACJ
DGESE
Dirección General de Extensión
y Servicios Estudiantiles
UNIVERSIDAD
SALUDABLE

REGISTRO DE ASISTENCIA Mes: _____ de 201_____ CATEGORÍA _____

#	FECHA	HORA DE ENTRADA		FOLIO	NOMBRE COMPLETO	CATEGORÍA				NÚMERO DE MATRÍCULA O DE EMPLEADO (A)	HORA DE SALIDA	
		AM	PM			ESTUDIANTE	DOCENTE	EMPLEADO	OTRO			
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
32												
33												
34												
35												
36												
37												
38												
39												
40												
41												
42												
43												

Elaboró: LTS Lilia Quintana Luján (2010-02)

ANEXO SIETE

UACJ	FO-DGESE-109-00
Programa de Trabajo Social	Encuestó: _____
Encuesta para usuarias y usuarios de UniEjercítate (2013 - 01)	
1. ¿Cuánto tiempo tienes asistiendo a UniEjercítate? ___ Días ___ Semanas ___ Meses ___ Semestres ___ Años	
2. ¿Cuál es tu meta o metas para venir a este gimnasio?	
3. ¿Ha cubierto tus expectativas asistir a este gimnasio? ___ Sí ___ No Explica:	
4. ¿Qué opinión te merecen las instalaciones del gimnasio?	
5. ¿Qué opinión te merece el personal que atiende en Recepción?	
6. ¿Has recibido o estás recibiendo asesoría de Entren. Deportivo? ___ Sí ___ No ¿Porqué NO? ___ No te interesa ___ No te la ofrecieron ___ Otra razón Explica:	
7. ¿Has recibido o estás recibiendo asesoría de Nutrición? ___ Sí ___ No ¿Porqué NO? ___ No te interesa ___ No te la ofrecieron ___ Otra razón Explica:	
8. ¿Qué opinión te merecen los Entrenadores? ___ Buena ___ Regular ___ Mala Explica:	
9. ¿Qué opinión te merecen l@s Nutriólog@s? ___ Buena ___ Regular ___ Mala Explica:	
10. ¿Consideras que te ha sido útil recibir las asesorías? ___ Sí ___ No Explica:	
11. ¿Desde que asistes al gimnasio, duermes mejor, ha habido cambios en tu estado de ánimo, te sientes con más energía? ___ Sí ___ No Explica:	
12. ¿Sabes que únicamente puedes asistir al gimnasio un año? ___ Sí ___ No	