



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES

NOMBRE Y CLAVE

Procedimiento para la planeación, promoción, ejecución y seguimiento del
Programa de Atención Social a la Salud (PASS)
3B11-B03-002

AUTORIZACIÓN

Aprobó

Dr. Mauricio Hernández Ávila
Titular de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales

Revisó

Dr. Héctor Robles Peiro
Titular de la Unidad de Prestaciones Sociales

Dra. María Magdalena Castro Onofre
Titular de la Coordinación de Bienestar Social

Elaboró

COORDINACIÓN DE MODERNIZACIÓN
Y COMPETITIVIDAD

Dr. Luis Miguel Hernández Flores
Titular de la División de Promoción de la Salud

MOVIMIENTO VALIDADO Y REGISTRADO

ACTUALIZACIÓN

11 ABR 2025

"El personal realizará sus labores con apego al Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las personas Servidoras Públicas del IMSS, utilizando lenguaje incluyente y salvaguardando los principios de igualdad, legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que rigen el servicio público, así como con pleno respeto a los derechos humanos y a la no discriminación, así como prevenir los actos de corrupción."



ÍNDICE

		Página
1	Base normativa	4
2	Objetivo	4
3	Ámbito de aplicación	4
4	Definiciones	5
5	Políticas	9
6	Descripción de actividades	15
7	Diagrama de flujo	39
	Anexos	
Anexo 1	Bitácora de trabajo social Clave: 3B11-009-023	67
Anexo 2	Carta Compromiso Clave: 3B11-009-024	71
Anexo 3	Cédula de diagnóstico de población en las UOPSI Clave 3B11 009 014	74
Anexo 4	Ficha de registro y seguimiento de la condición física saludable Clave: 3B11-009-015	79
Anexo 5	Formato de valoración PASS Clave: 3B11-009-025	89
Anexo 6	Cuestionario hábitos de alimentación Clave: 3B11-009-016	95
Anexo 7	Inventario Ansiedad de Beck (BAI) Clave: 3B11-009-017	98



ÍNDICE

		Página
Anexo 8	Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) Clave: 3B11-009-018	101
Anexo 9	Cuestionario calidad de vida ESCALA COOP/WONKA Clave: 3B11-009-019	107
Anexo 10	Estudio de deserción Clave: 3B11-009-020	111
Anexo 11	Formato de inscripción, control y seguimiento de población usuaria del CEC Clave: 3B11-009-021	114
Anexo 12	Requisitos de inclusión Personas Referidas del Área Médica Clave: 3B11-022-022	118
Anexo 13	Lista de grupo CEC Clave: 3B11-009-026	120



1 Base normativa

- Artículos 209 y 210 fracciones I, II, III y IV de la Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995 y sus reformas.
- Artículo 81, fracciones I, II, III, IV, VIII y IX del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de septiembre de 2006 y sus reformas.
- Numerales 7.1.2.1, párrafo 1 y 7.1.2.1.3 párrafos 1, 12, 13, 19 y 20, del Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, clave 3000-002-001, con fecha de registro 30 de diciembre de 2022.

Numerales 7.1, párrafo 12, 19, 28; y 7.1.3, párrafo 15, del Manual de organización de la Jefatura de Servicios de Salud en el Trabajo, Prestaciones Económicas y Sociales, clave 3000-002-002, con fecha de registro 29 de noviembre de 2023.

- Disposiciones 7.1.5, 7.1.35, 7.11.2.1, 7.11.2.3, 7.11.3.2, 7.11.4.9 y 7.11.4.10. de la Norma para el otorgamiento de las prestaciones sociales institucionales, de promoción de la salud, cultura física y deporte, desarrollo cultural y capacitación y adiestramiento técnico, clave 3000-001-025, con fecha de registro 08 de agosto 2024.

2 Objetivo

Llevar a cabo la planeación, promoción, ejecución y seguimiento del Programa de Atención Social a la Salud (PASS) para realizar intervenciones bajo el enfoque de Prescripción Social, con la finalidad de promover el bienestar físico, mental y social de la derechohabiente.

3 Ámbito de aplicación

El presente procedimiento será de observancia obligatoria para:

Nivel Normativo: Coordinación de Bienestar Social a través de la División de Promoción de la Salud;

OOAD: Jefatura de Servicios de Salud en el Trabajo, Prestaciones Económicas y Sociales, Departamento de Prestaciones Sociales, Oficina de Bienestar Social y Atención a Pensionados en Coordinación con la Oficina de Deporte y Cultura Física, Oficina de Desarrollo Cultural, Capacitación y Adiestramiento Técnico.

Nivel Operativo: Unidad Operativa de Prestaciones Sociales Institucionales.



4 Definiciones

Para efectos del presente procedimiento se entenderá por:

4.1 atención social a la salud: Intervenciones sociales que se otorgan a través de actividades deportivas, culturales, educación para la salud y capacitación dirigidos a: impulsar la adopción de una vida activa y saludable, la corresponsabilidad en el cuidado de la salud, la prevención de enfermedades, adicciones y accidentes; que contribuyan a mejorar la calidad de vida, impulsen la socialización y consoliden las redes sociales de apoyo, individuales, familiares, comunitarias e institucionales.

4.2 bitácora de trabajo social: Clave 3B11-009-023 (Anexo 1) Formato en el que se registran los datos de las personas referidas por el área médica, se encuentra resguardada en el Área que trabajo social tiene asignada para sus funciones. Deberá transcribir el contenido del formato en la libreta que usa cotidianamente para llevar a cabo el registro de sus actividades, asignando un espacio específico para el PASS, dicho formato puede ser usado en forma electrónica lo cual no suple al registro en la libreta.

4.3 carta compromiso: Clave: 3B11-009-024 (Anexo 2) Documento signado por la persona usuaria o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, en el cual, una vez que ha recibido la información de los requisitos y beneficios esperados, acepta incorporarse a las intervenciones de atención social a la salud por el tiempo establecido, la asistencia requerida y la aplicación de las valoraciones que para su grupo de atención se soliciten, (basal y final).

4.4 CEC: Centros de Extensión de Conocimientos. Aquellos espacios concertados para la extensión de los servicios que ofrecen las unidades operativas, los cuales se pueden ubicar en empresas, sindicatos, unidades médicas, escuelas, unidades habitacionales, comunidades urbanas y rurales o, donde exista una figura jurídicamente responsable de la seguridad de los asistentes al mismo; en estos espacios se imparten talleres y actividades complementarias, podrán operar con personas de apoyo para el otorgamiento de las mismas; son coordinados por personal institucional designado por el Director, encargado o administrador de la unidad operativa y dependen presupuestalmente de la misma. Estos espacios no cuentan con presupuesto institucional, pero son coordinados y supervisados a través de la Unidad Operativa que le corresponda.

4.5 CLIMSS: Cursos en Línea Masivos IMSS, plataforma educativa del IMSS, que ofrece cursos en línea gratuitos.

4.6 Directora o Director: Persona responsable de la unidad operativa de prestaciones sociales institucionales.

4.7 ELSSA: Entornos Laborales Seguros y Saludables, estrategia institucional que busca habilitar los centros de trabajo para promover el bienestar a través de acciones que favorezcan la seguridad e higiene en el trabajo, lugar o contexto social en el que las personas participan en sus actividades diarias y en las que factores ambientales, organizacionales y personales interactúan para afectar en su salud y en su bienestar.



4.8 ENT: Enfermedades No Transmisibles, también conocidas como enfermedades crónicas no transmisibles, o enfermedades crónico-degenerativas, es un conjunto de enfermedades que tienden a ser de larga duración, no tienen una cura inmediata y resultan de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales.

4.9 formato de referencia: Documento mediante el cual se puede inscribir con cuota cero, a una o un derechohabiente al PASS, puede ser: a) “Formato de referencia-contrarreferencia 4-30-8/98” conforme al “Procedimiento para otorgar atención médica en las Unidades de Medicina Familiar”, clave 2640-003-002; b) “Formato de Referencia PREVENIMSS en Empresas / SPPSTIMSS”, clave 2330-009-003, del “Procedimiento para las actividades de los Servicios de Prevención y Promoción de la Salud para Trabajadores IMSS y Exámenes de Aptitud Médico-Laboral para Aspirantes a Ingresar al Instituto Mexicano de Seguro Social”; c) “Formato de Referencia de PREVENIMSS en Empresas”, clave 2210-009-021, expedido conforme al “Procedimiento para la operación de PREVENIMSS en empresas”, clave 2210-B03-001; d) Formato 4-30-200* conforme al “Procedimiento para la atención ambulatoria y en hospitalización del paciente en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en los tres niveles de atención”, clave 2680-003-001.

4.10 grupo de trabajo en OOAD: Integrado por las personas Titulares de la Jefatura de Servicios, Jefatura de Departamento, Jefatura de Oficina y personas responsables designadas por la Dirección de Prestaciones Médicas.

4.11 grupo de trabajo local: Integrado por la Directora o Director, persona encargada o administradora o administrador de la unidad operativa y de UMF, personal de Trabajo Social, OTM, PROSAC, y homólogo designado por ambas Directoras o Directores facultados para toma de decisión.

4.12 grupo de trabajo operativo: Integrado por Directora o Director, persona Encargada de la operación del SIPSI, Trabajo Social, OTM, PROSAC, y Persona docente.

4.13 guías didácticas o manuales de prácticas: Documentos físicos o electrónicos elaborados por las Coordinaciones Técnicas y Divisiones de la Coordinación de Bienestar Social, que contienen la metodología didáctica y los contenidos temáticos requeridos, para la impartición de cursos o talleres, que deberán cumplir con la normatividad vigente en materia de derechos de autor, marcas registradas e imágenes y se encuentran publicados en la página de la Comunidad de Bienestar Social.

4.14 intervenciones sociales: Acciones organizadas y estructuradas que buscan abordar los determinantes sociales de la salud y mejorar el bienestar integral de las poblaciones. Estas intervenciones reconocen que la salud está influenciada por múltiples factores más allá de lo puramente biológico o médico.

4.15 instituciones educativas: Escuelas públicas o privadas de nivel preescolar, primaria, secundaria, medio superior y superior.



4.16 JSPM: Persona Titular de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas.

4.17 lista de grupo: Relación que contiene el nombre de las personas usuarias inscritas en un grupo del programa, se imprime del SIPSI y se entrega a la Persona docente, misma que se actualiza e imprime cada que se realiza una inscripción.

4.18 matriz de requerimientos del PASS: Documento de apoyo del Programa de Atención Social a la Salud, en donde se establecen los criterios por grupo de atención para su aplicación, misma que se encuentra disponible para su consulta en la PCBS.

4.19 meta PASS: Número de personas que se tiene programado atender en el PASS en todos los grupos de atención señalados en la “Matriz de requerimientos del PASS”.

4.20 OOAD: Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada, Estatales, Regionales, Norte y Sur del Distrito Federal, de conformidad con el Artículo 2 fracción IV inciso a, 138 y 139 del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social.

4.21 OTM: Orientador Técnico Médico.

4.22 PASS: Programa de Atención Social a la Salud, es de carácter institucional de promoción de la salud, fundamentado en prescripción social que busca mejorar el estado de salud de las personas basado en cambios de hábitos y estilos de vida saludables.

4.23 persona encargada de la operación del SIPSI: Personal designado por el Director para realizar los registros en el Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales.

4.24 prescripción social: Intervenciones no médicas, que realiza el personal enfocadas en modificar hábitos y estilos de vida no saludables para mejorar su salud y calidad de vida a través de referencias por personal de salud.

4.25 PCBS: Página de la Comunidad de Bienestar Social, espacio virtual destinado a facilitar la comunicación y compartir información de la Coordinación de Bienestar Social, específicamente de eventos, normatividad, seguimiento de metas, entre otros.

<http://comunidades.imss.gob.mx:106/sites/dpes/cps/cops/SitePages/Inicio.aspx>

4.26 persona usuaria: Persona inscrita que participa en las actividades que se otorgan en las UOPSI.

4.27 persona usuaria referida: Persona derechohabiente referida por el Área médica, mediante formato de referencia.

4.28 persona docente: Personal institucional que participa en la labor educativa teórica y práctica; puede ser Trabajo Social, OTM, Profesores, Orientador de educación física, Entrenador deportivo, Orientador de actividades familiares “rama cocina” (OAF), Orientador



de actividades culturales “rama danza y teatro” (OAC).

4.29 programa de trabajo anual del PASS del OOAD: Documento en el que cada OOAD integra el diagnóstico situacional, conformado por la información que envía cada Directora o Director de acuerdo a su ámbito de responsabilidad de la demanda potencial, capacidad de atención de la UOPSI, meta de personas usuarias por grupo de atención; cronograma de capacitación anual, supervisión y de reuniones de seguimiento, acuerdos y compromisos establecidos en el grupo de trabajo local; además la meta personas usuarias de los grupos de atención señalados en la “Matriz de requerimientos del PASS” que no dependen de la vinculación con Área Médica. Este programa de trabajo anual del PASS deberá de coincidir con las metas establecidas en el programa anual de actividades de acuerdo con la Norma para el otorgamiento de las prestaciones sociales institucionales, de promoción de la salud, cultura física y deporte, desarrollo cultural y capacitación y adiestramiento técnico, clave 3000-001-025.

4.30 promotora o promotor de ambientes laborales saludables: Personas designadas por el Director, encargado o administrador de la unidad operativa de Prestaciones Sociales Institucionales, que previa capacitación apoyarán para promover acciones de prestaciones sociales institucionales en las empresas.

4.31 PROSAC: Persona Promotora de Salud Comunitaria, persona encargada de promover aspectos básicos de salud, así como de coordinar y vigilar programas y estrategias entre la población usuaria de los servicios y comunidades urbanas y rurales donde se realice la extensión de los servicios.

4.32 reuniones locales o municipales de salud: Grupo de personas integrado por representantes del ayuntamiento, de los sectores sociales y privados del municipio, asesorados por el personal de salud.

4.33 SPPTIMSS: Servicio de Prevención y Promoción a la Salud de los Trabajadores IMSS.

4.34 SIPSI: Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales, herramienta informática para el registro, la administración y seguimiento de los servicios de prestaciones sociales institucionales.

4.35 Titular de la Jefatura de departamento: Persona Titular de la Jefatura de departamento de prestaciones sociales.

4.36 Titular de la Jefatura de Oficina: Persona Titular de la Jefatura de Oficina de Bienestar Social y Atención a Pensionados.

4.37 Titular de la Jefatura de Servicios: Persona Titular de la Jefatura de Servicios de Salud en el Trabajo, Prestaciones Económicas y Sociales.

4.38 trabajo social: Personal institucional con la categoría de Trabajadora Social o Auxiliar de Trabajo Social.



4.39 UMF: Unidad de Medicina Familiar.

4.40 UOPSI: Unidad Operativa de Prestaciones Sociales Institucionales. Son Centros de Seguridad Social (CSS), Unidades Deportivas, Centros de Extensión de Conocimientos (CEC), Centros de Extensión de Conocimientos de Esquema Modificado (CECEM), Centros de Seguridad Social Participativo (CSSP), Centros de Bienestar Social (CEBIS).

5 Políticas

5.1 La entrada en vigor del presente documento actualiza y deja sin efecto al “Procedimiento para la planeación, promoción, ejecución y seguimiento del Programa de Atención Social a la Salud (PASS)”, clave 3110-003-060, registrado el 08 de diciembre de 2016.

5.2 El personal encargado de la difusión de la actualización del presente documento y sus adecuaciones posteriores será la persona Titular de la Coordinación de Bienestar Social a través de la persona Titular de la División de Promoción de la Salud mediante canales oficiales.

5.3 El incumplimiento en la aplicación de las y los servidores públicos involucrados en el presente documento será causal de las responsabilidades que resulten conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás disposiciones aplicables al respecto.

5.4 El personal realizará sus labores con apego al Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las Personas Servidoras Públicas del IMSS, con los principios constitucionales de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia, a través de las pautas de conducta de las personas servidoras públicas del IMSS, cuyos compromisos son: desarrollar ambientes laborales libres de violencia; de respeto a los derechos humanos; de igualdad y a la no discriminación; de integridad y prevención de conflictos de interés en el uso del cargo y en la asignación de recursos públicos; y contra las conductas que pudieran constituir actos de corrupción, aprobado por el Consejo Técnico mediante Acuerdo: ACDO.SA2.HCT.260124/19.P.DA, de fecha 26 de enero de 2024 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 06 de noviembre de 2024.

5.5 El personal involucrado en el presente documento deberá guardar total confidencialidad y discreción respecto al asunto en cuestión, esto incluye el deber de no informar o dar indicio a cualquier persona que no esté involucrada directamente con el proceso, sobre información, documentación y demás datos relacionados con dichos asuntos, los cuales tienen el carácter de ser clasificados como información reservada y confidencial, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 22 y 303 de la Ley del Seguro Social, 16 y 31 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y 110, fracciones VI, VII y VIII, 113, fracción I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.



5.6 Corresponderá a la Coordinación de Bienestar Social, a través de la División de Promoción de la Salud interpretar en el ámbito de sus responsabilidades el presente procedimiento y resolver los casos no previstos en el mismo, por lo que los OOAD deberán realizar por escrito sus dudas, que serán atendidas por el mismo medio en un plazo no mayor a 5 días hábiles contados a partir de la recepción.

5.7 Deberán considerar los siguientes periodos para la correcta ejecución del PASS, según el ámbito de su responsabilidad:

- Titular de la Jefatura de Servicios autoriza el “Programa de trabajo anual del PASS del OOAD” instruido al Titular de la Jefatura de Departamento quien a través de la Directora o Director bajo el ámbito de su responsabilidad, realizará en la primera quincena de enero y difundirá a más tardar la segunda quincena del mismo mes.
- Titular de la Jefatura de Departamento indicará a la Directora o Director a través del Titular de la Jefatura de Oficina determinar las metas por Unidad Operativa de Prestaciones Sociales Institucionales (UOPSI) en el último trimestre del año para integrar el “Programa de trabajo anual del PASS” en la primera quincena de enero, la meta de personas usuarias deberá de coincidir con la meta planteada en el programa anual de actividades.
- Titular de la Jefatura de Servicios deberá conformar el grupo de trabajo en OOAD, a más tardar la primera quincena de enero; acordando el cronograma de reuniones trimestrales y solicitar la inclusión de una o un representante del Área médica.
- La Directora o Director deberá conformar el grupo de trabajo local a más tardar la segunda quincena de enero y acordar cronograma de reuniones trimestrales de seguimiento.
- La Directora o Director deberá conformar el grupo de trabajo operativo, tres días posteriores a la integración del grupo de trabajo local y acordar cronograma de reuniones trimestrales de seguimiento.
- Será responsabilidad de Trabajo social, en caso de no localizar a la persona usuaria, a las 5 faltas consecutivas valorar la solicitud de baja. Siempre y cuando se demuestre la reconquista del usuario.

5.8 Será responsabilidad de la División de Promoción de la Salud, a través del área de Prescripción Social validar las bajas de personas usuarias inscritas en el PASS.

Será responsabilidad de la persona Titular de la Jefatura de Servicios de Salud en el Trabajo, Prestaciones Económicas y Sociales:

5.9 Coordinar y designar con la persona homóloga de Prestaciones Médicas, al grupo de trabajo en OOAD que deberá estar integrado por representantes de prestaciones sociales y médicas involucradas: Medicina Familiar, PREVENIMSS, Medicina Física y Rehabilitación Integral, Servicio de Prevención y Promoción a la Salud de los Trabajadores IMSS (SPPSTIMSS).

5.10 Designar con la persona homóloga de Prestaciones Médicas, una persona responsable del programa, para garantizar la referencia y el cumplimiento de la meta anual del programa.



5.11 Convocar a la reunión del grupo de trabajo en OOAD, la cual deberá realizarse de acuerdo con el cronograma de sesiones trimestrales; socializar programa de trabajo autorizado y generar minuta de acuerdos en cada una.

5.12 Autorizar y dar seguimiento al cumplimiento del “Programa de trabajo anual del PASS”.

5.13 Establecer la estrategia para el desarrollo operativo del PASS y las referencias a UOPSI con el grupo de trabajo en OOAD, conforme a lo dispuesto en el “Programa de trabajo anual del PASS”, en donde se considerarán las necesidades que el área médica identifique para contribuir con los objetivos del PASS.

5.14 Solicitar la capacitación del personal en el OOAD o a nivel operativo en caso de ser requerida, para la adecuada ejecución del programa.

5.15 Designar como encargado a la persona Titular de la Jefatura de Departamento y a la persona Titular de la Jefatura de Oficina para el cumplimiento y seguimiento de las acciones derivadas de los planes de mejora emitidos por la Unidad de Evaluación de Órganos Desconcentrados (UEOD).

5.16 Cumplir con el cronograma de reuniones semestrales, con la persona homóloga de Prestaciones Médicas, para la aplicación y seguimiento del Programa de Atención Social a la Salud (PASS), en las cuales deberán establecer compromisos conforme al informe de resultados de las supervisiones trimestrales y resultado de los grupos locales.

Será responsabilidad de la persona Titular de la Jefatura de Departamento de Prestaciones Sociales:

5.17 Designar a la persona Titular de la Jefatura de Oficina de Bienestar Social y Atención a Pensionados como responsable de la instrumentación y desarrollo del PASS.

5.18 Instruir a las personas Titulares de las Jefaturas de Oficina de: Deporte y Cultura Física, Desarrollo Cultural, y Capacitación y Adiestramiento Técnico para que colaboren con la persona Titular de la Jefatura de Oficina de Bienestar Social y Atención a Pensionados, en el desarrollo y operación del PASS.

5.19 Supervisar que la persona Titular de la Jefatura de Oficina, Directora o Director y el personal que otorga atención social a la salud, conozca y cumpla con el contenido del presente procedimiento. La evidencia de esto deberá incorporarse al “Expediente del PASS del OOAD”.

5.20 Dar seguimiento a la formación de personas voluntarias en promoción de la salud a través de la persona Titular de la Jefatura de Oficina de Bienestar Social y Atención a Pensionados quienes, replicarán las actividades del PASS entre la derechohabencia de los Servicios de Prestaciones Sociales, de conformidad con la “Norma para el otorgamiento de las prestaciones sociales institucionales, de promoción de la salud, cultura física y deporte, desarrollo cultural y capacitación y adiestramiento técnico”, clave 3000-001-025.



5.21 Supervisar semestralmente, con la persona Titular de la Jefatura de Oficina, que el personal que otorga atención social a la salud en la UOPSI o CEC, registre en el Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI) los resultados de las valoraciones aplicadas a cada persona usuaria, los 5 días hábiles posteriores a su aplicación, durante el tiempo que éste se encuentre inscrito en el PASS.

5.22 Analizar los resultados de la supervisión semestral del PASS que proporcione la persona Titular de la Jefatura de Oficina, identificar las áreas de oportunidad y enviar informe a la persona Titular de la Jefatura de Servicios.

5.23 Designar a la persona Titular de la Jefatura de Oficina como responsable de la implementación de acciones de mejora derivadas de las necesidades identificadas en las supervisiones de la Unidad de Evaluación de Órganos Desconcentrados (UEOD).

5.24 Instruir a la Directora o Director a través de la persona Titular de la Jefatura de Oficina sobre la elaboración del "Programa de trabajo anual del PASS" bajo de su ámbito de responsabilidad

Será responsabilidad de la persona Titular de la Jefatura de Oficina de Bienestar Social y Atención a Pensionados:

5.25 Establecer los Centros de Seguridad Social que podrán ser sedes de CEC en UMF y escuelas, además de empresas bajo el contexto de la estrategia ELSSA, que por razones operativas se considere necesario.

5.26 Promover el "Programa de trabajo anual del PASS del OOAD" en reuniones locales o municipales de salud.

5.27 Instrumentar el PASS en la UOPSI bajo el ámbito de su responsabilidad, conforme a la meta establecida.

5.28 Verificar y enviar la evidencia documental de que la Directora o Director, conoce, promueve y difunde la oferta de cursos disponibles en la plataforma educativa CLIMSS.

5.29 Promover que el personal conozca la oferta de cursos disponibles en la plataforma educativa eduTK, en especial el de "Prescripción social" el cual será obligatorio y personal que se incorpore a la atención de personas usuarias inscritas en el PASS.

5.30 Supervisar el desarrollo del PASS y enviar el informe de resultados semestral a la persona Titular de la Jefatura de Departamento.

5.31 Dar seguimiento a las solicitudes derivadas de las acciones realizadas por el Promotor de Ambientes Laborales Saludables en torno a las necesidades detectadas del programa en empresas bajo el contexto de la estrategia ELSSA.



Será responsabilidad de la Directora o Director de la Unidad Operativa de Prestaciones Sociales Institucionales:

5.32 Elaborar en el ámbito de su responsabilidad el "Programa de trabajo anual del PASS", con el grupo de trabajo operativo, el último trimestre del año, en apego a la "Matriz de requerimientos del PASS" y a los "CTPAA", así como a resultados de la aplicación de la "Cédula de diagnóstico de población en las UOPSI", clave 3B11-009-014 (Anexo 3).

5.33 Promover entre las personas usuarias la oferta de cursos disponibles en la plataforma educativa CLIMSS.

5.34 Designar a la persona Responsable de la inscripción al SIPSI de acuerdo con la plantilla con la que cuenta, a fin de que lleve a cabo la inscripción de personas usuarias y del registro de valoraciones en el SIPSI.

5.35 Instruir a la persona Responsable de la inscripción al SIPSI, para que integre a las personas usuarias a por lo menos una de las actividades incluidas en los tres ejes de intervención: actividades psicoeducativas, actividades físicas, recreativas y culturales y actividades de salud mental, para los grupos de atención: crónico-degenerativas, modelo preventivo de enfermedades crónicas (prediabetes), salud mental e higiene de columna.

5.36 Verificar trimestralmente que se realicen, en apego a los anexos del presente documento, el expediente de las personas usuarias, con las valoraciones aplicadas a cada una (basal y final) y el resultado se registre en el SIPSI los 5 días hábiles posteriores a su aplicación.

5.37 Designar a Trabajo Social como responsable de la integración y resguardo de expedientes de las personas usuarias del PASS, en el área correspondiente para este programa.

5.38 Verificar que los expedientes estén correctamente integrados conforme al "Procedimiento para la inscripción a cursos, talleres y eventos de Prestaciones Sociales Institucionales", clave 3B12-003-002 y que contenga todas las valoraciones establecidas en la "Matriz de requerimientos del PASS" aplicables a su padecimiento por el cual fue referido.

5.39 Proporcionar al personal de nuevo ingreso que tendrá participación en el PASS, en un plazo no mayor a 15 días, la normatividad correspondiente al mismo e impartir capacitación dejando evidencia de ésta.

5.40 Facilitar y establecer estrategias de capacitación en las diferentes actividades, para personas voluntarias que apoyan en el desarrollo del PASS en CEC.

5.41 Promover el "Programa de trabajo anual del PASS del OOAD" bajo el marco de la estrategia ELSSA.



5.42 Será responsabilidad de Trabajo Social recibir a las personas usuarias del PASS, registrar datos, realizar cédula de diagnóstico de población en las UOPSI y en su caso realizar estudio de deserción.

5.43 En la UOPSI, será responsabilidad del siguiente personal realizar las valoraciones (basal y final), en caso de que no cuente con alguna plaza, la Directora o Director designará a la persona responsable de acuerdo a la plantilla disponible:

- Profesor o docente: “Ficha de registro y seguimiento de la condición física saludable”, clave 3B11-022-015 (Anexo 4) y “Cuestionario para la detección de posturas incorrectas durante las actividades de la vida diaria”.
- OTM: Formato de Valoración del PASS clave 3B11 009 025 (Anexo 5) “Cuestionario de hábitos de alimentación”, clave 3B11-009-016 (Anexo 6).
- Trabajo Social y/o OTM: “Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)”, clave 3B11-009-017 (Anexo 7) e “Inventario de Depresión de Beck (BDI-2), clave 3B11-009-018 (Anexo 8), “Cuestionario calidad de vida ESCALA 92 COOP/WONCA”, clave 3B11-009-019 (Anexo 9).
- Trabajo Social y/o OTM Valoraciones propias de su grupo de atención.

NOTA: En caso de no tener estas categorías, la Directora o Director designará a la persona responsable.

5.44 Informar a la persona usuaria que, la vigencia de su referencia es conforme a la temporalidad y al padecimiento señalado en la “Matriz de requerimientos del PASS”.

5.45 Informar a la persona usuaria que podrá inscribirse al programa por más de un padecimiento en un mismo grupo de atención, siempre y cuando cumpla con la temporalidad señalada para cada uno conforme a la “Matriz de requerimientos del PASS” e incorporarse bajo otro padecimiento con un nuevo formato de referencia en el mismo año.

5.46 La persona docente informará a Trabajo Social cuando la persona usuaria tenga 3 faltas consecutivas, con la finalidad de que proceda con la aplicación del “Estudio de deserción”, clave 3B11-009-020, (Anexo 10).

5.47 Será responsabilidad de la persona Encargada de la operación del SIPSI, registrar resultados de las valoraciones, y en su caso baja de las personas usuarias.

5.48 Será responsabilidad de la persona Responsable del CEC, realizar las valoraciones (basal y final), registrarlas en “Formato de inscripción, control y seguimiento de población usuaria en CEC”, clave 3B11-009-021 (Anexo 11) y remitirlo trimestralmente a la Directora o Director.

5.49 El personal que otorga o participa en la Atención Social a la Salud, con base en las acciones de mejora, podrá desarrollar proyectos enfocados a evaluar el impacto de las intervenciones sociales, en la salud de la población usuaria del PASS.



Responsable	Descripción de actividades
6 Descripción de actividades	Etapas I Planeación del PASS 1. Elabora “Programa de Trabajo Delegacional del PASS”, del OOAD, alineado al de la Coordinación de Bienestar Social (Nivel Normativo correspondiente) e instruye a la Directora o Director a través del Titular de la Jefatura de Oficina que elabore el "Programa de trabajo anual del PASS" alineado al programa del OOAD. 2. Elabora en formato libre el proyecto de "Programa de trabajo anual del PASS" en el último trimestre del año dentro del ámbito de su responsabilidad y de conformidad con la política 5.32. 3. Envía mediante el “Correo electrónico inicial de proyecto” el "Programa de trabajo anual del PASS" a la persona Titular de la Jefatura de Departamento a través de la persona Titular de la Jefatura de Oficina. 4. Recibe el “Correo electrónico inicial de proyecto” el "Programa de trabajo anual del PASS" y valora su autorización. No autoriza 5. Emite sus comentarios e instruye mediante el “Correo electrónico de adecuación” a la Directora o Director a través del Titular de la Jefatura de Oficina, hacer cambios al proyecto de “Programa de trabajo anual del PASS” en un plazo no mayor a tres días hábiles a partir de su recepción. 6. Realiza los ajustes indicados al “Programa de trabajo anual del PASS” y reenvía mediante el “Correo electrónico de adecuación” a la persona Titular de la Jefatura de Departamento a través de la Titular de la Jefatura de Oficina. Continúa en la actividad 4.
Titular de la Jefatura de Departamento	
Directora o Director	
Titular de la Jefatura de Departamento	
Directora o Director	



Responsable	Descripción de actividades
	Si autoriza
Titular de la Jefatura de Departamento	7. Imprime y firma el proyecto de “Programa de trabajo anual del PASS”. 8. Integra el “Programa de trabajo anual del PASS” y elabora en dos tantos el proyecto de “Programa de trabajo anual del PASS del OOAD”. NOTA: Integra el “Programa de trabajo anual del PASS del OOAD” de cada una de las UOPSI del ámbito de su responsabilidad. 9. Entrega personalmente los dos tantos el “Programa de trabajo anual del PASS del OOAD” a la persona Titular de la Jefatura de Servicios para la reunión de trabajo con la JSPM. 10. Integra y archiva de manera definitiva y cronológica el “Programa de trabajo anual del PASS” en “Expediente OOAD del PASS”. NOTA: Deberá contener todos los Programas de las UOPSI de su ámbito del OOAD.
Titular de la Jefatura de Servicios	11. Recibe el “Programa de trabajo anual del PASS del OOAD”. 12. Convoca mediante el “Correo electrónico de reunión inicial” al JSPM y al grupo de trabajo en OOAD.
Grupo de trabajo en OOAD	13. Celebran la reunión durante la primera quincena de enero e informan para el desarrollo del programa sobre: • Necesidades identificadas por el área médica para el desarrollo del programa. • Los servicios que otorga el PASS y proceso de referencia de personas derechohabientes. • Los servicios que se ofrecen a través de plataformas virtuales (Cursos CLIMSS y eduTK). • Las áreas médicas de referencia que intervendrán en el PASS. • Los grupos de atención incluidos en la “Matriz de requerimientos del PASS”.



Responsable	Descripción de actividades
Grupo de trabajo en OOAD	• Actividades conforme a la “Matriz de requerimientos del PASS” y ofertas de servicios disponibles en UOPSI. • Resultados del año anterior. • “Programa de trabajo anual del PASS del OOAD” • Propuesta de acciones de difusión y promoción del Programa. • Promoción del PASS bajo el marco de la estrategia ELSSA en colaboración con programa PREVENIMSS.
Titular de la Jefatura de Servicios	14. Se establece, para el desarrollo del programa, lo siguiente: • Propuesta de Grupos de Trabajo Local de interés del OOAD y por ubicación geográfica de UMF y UOPSI. • Desarrollo operativo del programa. • Acciones para seguimiento de la Meta PASS. • Cronograma de reuniones trimestrales de seguimiento. 15. Designan una persona Responsable del Programa por parte de ambas áreas de conformidad con la política 5.9. 16. Ajustan, de ser necesario el “Programa de trabajo anual del PASS del OOAD”, lo imprimen en dos tantos y lo firman. 17. Elaboran en dos tantos la “Minuta inicial de acuerdos” la cual contiene los acuerdos generados y la firman. 18. Entrega un tanto de la “Minuta inicial de acuerdos” y del “Programa de trabajo anual del PASS del OOAD” a la JSPM, para la aplicación su ámbito de responsabilidad. NOTA: Sacar número de copias de Minutas como representantes de Prestaciones Médicas asistan. 19. Elabora el “Oficio de responsabilidad del PASS”, en el que se designa a la Titular de la Jefatura de Departamento y lo firma.



Responsable	Descripción de actividades
Titular de la Jefatura de Servicios	20. Entrega a la Titular de la Jefatura de Departamento el “Oficio de responsabilidad del PASS”, los originales de la “Minuta inicial de acuerdos” y el “Programa de trabajo anual del PASS del OOAD” e instruye la difusión del Programa a las áreas operativas involucradas, así como la correcta operación del programa.
Titular de la Jefatura de Departamento	21. Recibe el “Oficio de responsabilidad del PASS”, los originales de la “Minuta inicial de acuerdos” y el “Programa de trabajo anual del PASS del OOAD”, saca una copia de la Minuta y del Programa. 22. Elabora el “Oficio de instrumentación” para la Titular de la Jefatura de Oficina en el que se le designa como responsable de la instrumentación y desarrollo operativo del PASS y lo firma. 23. Instruye mediante el “Correo electrónico de apoyo para la operación del PASS” a las Titulares de Oficina de: Deporte y Cultura Física, Desarrollo Cultural, y Capacitación y Adiestramiento Técnico apoyen al Titular de la Jefatura de Oficina, el desarrollo y operación del PASS. 24. Escanea el “Programa de trabajo anual del PASS del OOAD” y lo difunde a través del “Correo electrónico de difusión” a las unidades operativas involucradas con copia a la Titular de la Jefatura de Oficina. 25. Entrega personalmente a la Titular de la Jefatura de Oficina el “Oficio de instrumentación”, las copias de la “Minuta inicial de acuerdos” y del “Programa de trabajo anual del PASS del OOAD” e instruye supervise el desarrollo del PASS. 26. Integra el “Oficio de responsabilidad del PASS”, los originales de la “Minuta inicial de acuerdos” y el “Programa de trabajo anual del PASS del OOAD” al “Expediente OOAD del PASS” y archiva de manera definitiva y cronológica.



Responsable	Descripción de actividades
Titular de la Jefatura de Oficina	27. Recibe el “Oficio de instrumentación” y las copias de la “Minuta inicial de acuerdos” y del “Programa de trabajo anual del PASS del OOAD”, saca una copia de la Minuta y una copia del Programa por cada unidad operativa que se tenga en el OOAD.
Titular de la Jefatura de Oficina	28. Convoca mediante el “Correo electrónico de reunión” a la Directora o Director.
Titular de la Jefatura de Oficina y Directora o Director	29. Celebran la reunión e informan para el desarrollo del programa sobre: • Los servicios que otorga el PASS y proceso de referencia de personas derechohabientes. • Los servicios que se ofrecen a través de plataformas virtuales (Cursos CLIMSS y EduTK). • Las áreas médicas de referencia que intervendrán en el PASS. • Los grupos de atención incluidos en la “Matriz de requerimientos del PASS”. • Actividades conforme a la “Matriz de requerimientos del PASS” y ofertas de servicios disponibles en UOPSI. • Resultados del año anterior. • “Programa de trabajo anual del PASS del OOAD”. • Propuesta de acciones de difusión y promoción del Programa. • Promoción del PASS bajo el marco de la estrategia ELSSA en colaboración con programa PREVENIMSS.
Titular de la Jefatura de Oficina	30. Entrega a la Directora o Director las copias de la “Minuta inicial de acuerdos” y del “Programa de trabajo anual del PASS del OOAD” para su atención bajo el ámbito de su responsabilidad. NOTA: Se entregarán tantas copias como UOPSI existan en el OOAD.} 31. Instruye a la Directora o Director, integre el Grupo de Trabajo Local en coordinación con su homólogo de la UMF; y dé cumplimiento al “Programa de trabajo anual del PASS del OOAD” en el ámbito de su responsabilidad.



Responsable	Descripción de actividades
Titular de la Jefatura de Oficina y Directora o Director	32. Elaboran la “Minuta de reunión de trabajo” con el cronograma de las reuniones trimestrales de seguimiento y la firman.
Titular de la Jefatura de Oficina	33. Saca copia de la “Minuta de reunión de trabajo” y la entrega a la Directora o Director. NOTA: Se entregarán tantas copias como UOPSI existan en el OOAD.
Directora o Director	34. Integra el “Oficio de instrumentación”, las copias de la “Minuta inicial de acuerdos”, el “Programa de trabajo anual del PASS del OOAD” y el original de la “Minuta de reunión de trabajo” al “Expediente de instrumentación del PASS” y archiva de manera definitiva y cronológica. 35. Recibe las copias de la “Minuta inicial de acuerdos”, el “Programa de trabajo anual del PASS del OOAD” y la “Minuta de reunión de trabajo”. 36. Convoca mediante “Oficio de reunión local” y “Correo electrónico de reunión local” al Grupo de Trabajo Local a la Directora o Director y personal de Trabajo Social de la Unidad de Medicina Familiar; OTM o PROSAC y Trabajo Social de la UOPSI.
Directora o Director y Directora o Director de la UMF	37. Llevan a cabo reunión, e informan para el desarrollo del Programa sobre: • Los servicios que otorga el PASS y proceso de referencia de personas derechohabientes. • Los servicios que se ofrecen a través de plataformas virtuales (Cursos CLIMSS y EduTK). • Las áreas médicas de referencia que intervendrán en el PASS. • Los grupos de atención incluidos en la “Matriz de requerimientos del PASS”. • Actividades conforme a la “Matriz de requerimientos del PASS” y ofertas de servicios disponibles en UOPSI. • Resultados del año anterior. • “Programa de trabajo anual del PASS del OOAD”.



Responsable	Descripción de actividades
	• Propuesta de acciones de difusión y promoción del Programa. • Promoción del PASS bajo el marco de la estrategia ELSSA en colaboración con programa PREVENIMSS. NOTA: Se atiende la parte del “Programa de trabajo anual del PASS del OOAD” que corresponde específicamente al ámbito de su responsabilidad.
Directora o Director y Directora o Director de la UMF	38. Designan al personal de Trabajo Social, como enlaces entre UMF y UOPSI e integran Grupo de Trabajo Local de conformidad con la política 5.7
Directora o Director	39. Acuerdan el desarrollo operativo del “Programa de trabajo anual del PASS del OOAD” y el cronograma de reuniones trimestrales de seguimiento considerando el cronograma plasmado en la “Minuta inicial de acuerdos” y en la “Minuta de reunión de trabajo”. 40. Elabora en dos tantos la “Minuta de acuerdos local” con la integración del Grupo de Trabajo Local, los compromisos del desarrollo operativo del PASS, el cronograma de reuniones trimestrales, la firman y le entrega un tanto a la Directora o Director de la UMF. 41. Escanea la “Minuta de acuerdos local” y envía por correo electrónico al Titular de la Jefatura de Departamento con copia para el Titular de la Jefatura de Oficina para su conocimiento. 42. Elabora el “Memorándum de reunión inicial” con el cual convoca a reunión de trabajo al personal de la UOPSI, lo firma y lo entrega personalmente.
Directora o Director Personal de la UOPSI	43. Llevan a cabo la reunión y establece Grupo de Trabajo Operativo de conformidad con la política 5.7.
Grupo de Trabajo Operativo	44. Informa sobre el “Programa de trabajo anual del PASS del OOAD” autorizado y comentan la aplicación dentro del ámbito de su responsabilidad.
Directora o Director	45. Designa a Trabajo Social como responsable de la integración y resguardo de los Expedientes de las personas usuarias.



Responsable	Descripción de actividades
Directora o Director	46. Integra el expediente UOPSI del PASS con copias de: • Minuta de reunión de trabajos; • Minuta inicial de acuerdos; • Programa de trabajo anual delegacional del PASS; • Programa de trabajo anual UOPSI; • Minutas de acuerdos local; • Memorándum de reunión inicial; • Y minuta de reunión de trabajo operativo.
Grupo de Trabajo Operativo	47. Programa la capacitación para la actualización del personal operativo o de nuevo ingreso y proporciona la normatividad necesaria en torno al PASS, de conformidad con la política 5.39. 48. Elaboran la “Minuta de reunión de trabajo operativo” con el cronograma de reuniones trimestrales y la firman. 49. Dan cumplimiento a los compromisos del “Programa de trabajo anual del PASS del OOAD” dentro de su ámbito de responsabilidad.
Trabajo Social	50. Integra las copias de la “Minuta inicial de acuerdos”, el “Programa de trabajo anual del PASS del OOAD”, la “Minuta de reunión de trabajo”, originales de la “Minuta local de acuerdos”, el “Memorándum de reunión inicial” y la “Minuta de reunión de trabajo operativo” en el “Expediente UOPSI del PASS” y archiva de manera definitiva y cronológica.
	Etapas II Promoción del PASS
Titular de la Jefatura de Servicios	51. Instruye a la Titular de la Jefatura de Departamento para realizar y generar evidencia de la promoción de servicios de atención social a la salud. En el área médica y educativa, estas deberán incluir las minutas de reunión con lista de asistencia y material de promoción con evidencias fotográficas de la promoción donde se observen logotipos de PASS, con forme a sus actividades.



Responsable	Descripción de actividades
Directora o Director	52. Instruye al Grupo de Trabajo Local, que promueva los servicios de atención social a la salud, en UMF y Hospitales de Medicina Física y Rehabilitación e Instituciones educativas del área de influencia de la UOPSI, así como en subdelegaciones, OOAD, guarderías, voluntariado del IMSS e informen sobre los “Requisitos de inclusión personas referidas del área médica”, clave 3B11-022-022 (Anexo 12) y los beneficios para la salud.
Grupo de trabajo operativo	53. Instruye al Grupo de Trabajo Operativo, que promuevan los servicios de atención social a la salud, en UMF y Hospitales de Medicina Física y Rehabilitación, y Empresas bajo el contexto de la estrategia ELSSA, Instituciones educativas del área de influencia de la UOPSI, así como en subdelegaciones, OOAD, guarderías, voluntariado del IMSS e informen sobre los “Requisitos de inclusión personas referidas del área médica”, clave 3B11-022-022 (Anexo 12) y los beneficios para la salud. 54. Acude a las sesiones médicas y en salas de espera de la UMF y Hospitales de Medicina Física y Rehabilitación, empresas bajo el contexto de la estrategia ELSSA, Instituciones educativas del área de influencia de la UOPSI así como en subdelegaciones, OOAD, guarderías, voluntariado del IMSS, promueve el programa PASS dentro de las reuniones locales o municipales de salud convocadas por el comité municipal de salud o en su caso el comité de la alcaldía de salud e informa sobre los “Requisitos de inclusión personas referidas del área médica”, clave 3B11-022-022 (Anexo 12). 55. Promueve entre las personas usuarias los cursos y talleres de la UOPSI, la incorporación al programa e informa sobre los “Requisitos de inclusión personas referidas del área médica”, clave 3B11-022-022 (Anexo 12).



Responsable	Descripción de actividades
	Etapas III Ejecución del PASS (Intervención Social)
Titular de la Jefatura de Servicios	56. Instruye a la persona Titular de la Jefatura de departamento para realizar la Propuesta de Grupos de Trabajo Local de interés del OOAD y por ubicación geográfica de UMF y UOPSI, quien realiza el desarrollo operativo del programa relacionado a la ejecución, así como las acciones para seguimiento de la Meta PASS y establecerá el cronograma de reuniones trimestrales de seguimiento.
Director o Directora	57. Realiza el análisis desarrollo operativo del programa relacionado a la ejecución, así como la revisión de las acciones para seguimiento de la Meta PASS y el seguimiento al Cronograma de reuniones trimestrales de seguimiento en cuanto al tema de la ejecución.
Trabajo Social	58. Recibe a la persona referida con el “Formato de referencia”, observa e identifica procedencia. 59. Registra los datos de la persona referida, en la UOPSI en la “Bitácora de trabajo social”, clave 3B11-009-023 (Anexo 1) y en CEC en el “Formato de inscripción, control y seguimiento de población usuaria del CEC”, clave 3B11-009-021 (Anexo 11). 60. Informa a la persona referida conforme a la “Matriz de requerimientos del PASS” y por grupo de atención lo siguiente: • Objetivos del programa y beneficios para las personas referidas, actividades que imparte la UOPSI o CEC, para que defina cual elige de conformidad con la política 5.35. • Documentos requeridos para su inscripción. • Cursos disponibles en la plataforma educativa CLIMSS y eduTK. • Duración de cada actividad. • Evaluaciones que se le realizarán. • Requisitos para permanecer en el programa (asistencia y mejora en su salud). • Tiempo máximo de permanencia por referencia y padecimiento.



Responsable	Descripción de actividades
Trabajo Social	61. Informa a la persona referida sobre los horarios disponibles y preguntan si acepta incorporarse al PASS. No acepta 62. Promueve las actividades de la UOPSI, CEC y cursos disponibles en la plataforma educativa CLIMSS y eduTK de conformidad con la política 5.29. 63. Aplica a la persona referida el cuestionario de la “Cédula de diagnóstico de población en las UOPSI”, clave 3B11-009-014, (Anexo 3), devuelve “Formato de referencia” y despide amablemente a la persona referida. 64. Registra en la “Bitácora de trabajo social” clave 3B11-009-023 (Anexo 1) en la UOPSI o en el “Formato de inscripción, control y seguimiento de población usuaria en CEC”, clave 3B11-009-021 (Anexo 11) en CEC, la no aceptación de la persona referida. 65. Integra y archiva de forma cronológica y permanente la “Cédula de diagnóstico de población en las UOPSI”, clave 3B11-009-014, (Anexo 3) al “Expediente PASS de la UOPSI” . Concluye el proceso para esta alternativa. Si acepta 66. Llena de manera conjunta, con la persona referida, la “Carta compromiso” clave 3B11-009-024 (Anexo 2), la firman y la acompaña a ventanilla de atención a personas usuarias en la UOPSI. 67. Registra la inscripción de la persona referida en el “Formato de inscripción, control y seguimiento de población usuaria en CEC”, clave 3B11-009-021 (Anexo 11) en el CEC y realiza su evaluación inicial.
Trabajo Social	68. Integra temporalmente el “Formato de referencia” y la “Carta compromiso” clave 3B11-009-024 (Anexo 2) al “Expediente de persona usuaria” y lo entrega



Responsable	Descripción de actividades
Persona encargada de la operación del SIPSI	personalmente a la persona encargada de la operación del SIPSI. 69. Recibe el “Expediente de persona usuaria” y a la persona referida. 70. Ingresa al SIPSI, en la opción de <inscripciones>, <pacientes referidos>, <aspirante>, <registro> e inscribe a la persona derechohabiente conforme al “Procedimiento para la inscripción a cursos, talleres y eventos de Prestaciones Sociales Institucionales”, clave 3B12-003-002”, en cumplimiento a la política 5.34 71. Imprime del SIPSI la “Lista de personas usuarias”, entrega personalmente a la Persona Docente y deriva a la persona usuaria para su evaluación inicial. NOTA: Se reimprime lista cuando se integre una persona usuaria nueva, se dé de baja por deserción o que haya concluido su intervención.
Trabajo Social o Persona Docente	72. Entrega personalmente a Trabajo Social el “Expediente de persona usuaria”. 73. Reciben a la persona usuaria, le aplican la valoración basal (inicial) conforme a la “Matriz de requerimientos del PASS”, a las “Guías didácticas o Manuales de prácticas” o el caso que el padecimiento requiera: • Cédula de Diagnóstico de población en las UOPSI”, clave 3B11-009-014, (Anexo 3). • “Formato de valoración del PASS”, clave 3B11-009-025 (Anexo 5). • “Cuestionario calidad de vida ESCALA COOP/WONKA” clave 3B11-009-019 (Anexo 9). • “Cuestionario hábitos de alimentación”, clave 3B11-009-016 (Anexo 6). • “Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)”, clave 3B11-009-018 (Anexo 8). • “Inventario Ansiedad de Beck (BAI)”, clave 3B11-009-017 (Anexo 7). • “Ficha de registro y seguimiento de la condición física saludable”, clave 3B11-009-015 (Anexo 4).



Responsable	Descripción de actividades
Trabajo Social o Persona Docente	• “Cuestionario para la detección de posturas incorrectas durante las actividades de la vida diaria”. NOTA: El “Cuestionario para la detección de posturas incorrectas durante las actividades de la vida diaria”, es parte del “Manual de prácticas para el taller de higiene de columna” clave: 3000-022-359 publicado en la PCBS. 74. Registra los resultados, en la UOPSI, en el “Formato de valoración PASS”, clave 3B11-009-025 (Anexo 5), en el CEC, en el “Formato de inscripción, control y seguimiento de población usuaria en CEC”, clave 3B11-009-021 (Anexo 11). 75. Indica a la persona usuaria los días y horarios en los cuales tendrá que acudir para iniciar el programa y la derivan con la Persona Docente que le atenderá. NOTA: La atención de la persona usuaria continúa en la actividad 78.
Persona docente	76. Entrega a Trabajo Social las valoraciones aplicadas conforme a la “Matriz de requerimientos del PASS”, las “Guías didácticas o Manuales de prácticas” o el caso que el padecimiento requiera: • Cédula de diagnóstico de población en las UOPSI”, clave 3B11-009-014, (Anexo 3). • “Formato de valoración PASS”, clave 3B11-009-025 (Anexo 5). • “Cuestionario calidad de vida ESCALA COOP/WONKA” clave 3B11-009-019 (Anexo 9). • “Cuestionario hábitos de alimentación”, clave 3B11-009-016 (Anexo 6). • “Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)”, clave 3B11-009-018 (Anexo 8). • “Inventario Ansiedad de Beck (BAI)”, clave 3B11-009-017 (Anexo 7). • “Ficha de registro y seguimiento de la condición física saludable”, clave 3B11-009-015 (Anexo 4). • “Cuestionario para la detección de posturas incorrectas durante las actividades de la vida diaria”.
Trabajo Social o Persona Docente	77. Entrega personalmente a la persona encargada de la operación del SIPS el “Formato de valoración del PASS”, clave 3B11-009-025 (Anexo 5) y el “Formato



Responsable	Descripción de actividades
Persona encargada de la operación del SIPSI	de inscripción, control y seguimiento de población usuaria del CEC”, clave 3B11-009-021 (Anexo 11) para el registro de valoraciones iniciales en SIPSI. 78. Recibe el “Formato de valoración del PASS”, clave 3B11-009-025 (Anexo 5) y el “Formato de inscripción, control y seguimiento de población usuaria del CEC”, clave 3B11-009-021 (Anexo 11), ingresa con su usuario y contraseña al SIPSI, en la opción <seguimiento>, <alumnos referidos>, <evaluación signos vitales> y registra las valoraciones iniciales de la persona usuaria.
Trabajo Social	79. Entrega a Trabajo Social el “Formato de valoración del PASS”, clave 3B11-009-025 (Anexo 5) y el “Formato de inscripción, control y seguimiento de población usuaria del CEC”, clave 3B11-009-021 (Anexo 11) de la persona usuaria e informa que ya se registraron valoraciones iniciales. 80. Recibe las valoraciones aplicadas: • “Formato de valoración del PASS”, clave 3B11-009-025 (Anexo 5), • “Formato de inscripción, control y seguimiento de población usuaria del CEC”, clave 3B11-009-021 (Anexo 11) • Conforme al padecimiento, integra la “Cédula de diagnóstico de población en las UOPSI”, clave 3B11-009-014, (Anexo 3). • “Cuestionario calidad de vida ESCALA COOP/WONKA” clave 3B11-009-019 (Anexo 9). • “Cuestionario hábitos de alimentación”, clave 3B11-009-016 (Anexo 6) • “Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)”, clave 3B11-009-018 (Anexo 8). • “Inventario Ansiedad de Beck (BAI)”, clave 3B11-009-017 (Anexo 7). • “Ficha de registro y seguimiento de la condición física saludable”, clave 3B11-009-015 (Anexo 4). • “Cuestionario para la detección de posturas incorrectas durante las actividades de la vida diaria”.



Responsable	Descripción de actividades
Trabajo Social	Y las integra y archiva de manera temporal y de manera alfabética en el “Expediente de persona usuaria” para UOPSI. 81. Integra el “Formato de inscripción, control y seguimiento de población usuaria en CEC”, clave 3B11-009-021 (Anexo 11) al “Expediente CEC de la UOPSI” y el “Formato de valoración del PASS”, clave 3B11-009-025 (Anexo 5) al “Expediente PASS de la UOPSI” y archiva de manera temporal y cronológicamente.
Persona Docente	82. Recibe la “Lista de personas usuarias” y a la persona usuaria en UOPSI y en el CEC, la registra en la “Lista de grupo CEC”, clave 3B11-009-026 (Anexo 13). 83. Integra, en la UOPSI, a la persona usuaria a las actividades teórico-prácticas conforme a las “Guías didácticas o manuales de prácticas” y registra asistencia de las mismas en cada sesión en la “Lista de personas usuarias”. 84. Registra, la asistencia de la persona usuaria en cada sesión, en la “Lista de personas usuarias” o en “Lista de grupo CEC”, clave 3B10-009-026 (Anexo 13). 85. Entrega personalmente a la persona encargada de la operación del SIPSI la “Lista de personas usuarias” o la “Lista de grupo CEC”, clave 3B11-009-026 (Anexo 13) para registro de asistencia en el SIPSI.
Persona encargada de la operación del SIPSI	86. Recibe la “Lista de personas usuarias” o la “Lista de grupo CEC”, clave 3B11-009-026 (Anexo 13), registra en SIPSI la asistencia de las personas usuarias y devuelve a la Persona Docente.
Persona Docente	87. Recibe la “Lista de personas usuarias” y continua con la actividad que imparte. 88. Informa a Trabajo Social cuando alguna persona usuaria tenga una primera falta, para realizar seguimiento telefónico o personal que evite deserción. ¿La persona usuaria tiene falta?



Responsable	Descripción de actividades
Trabajo Social	89. Recibe aviso, contacta a la persona usuaria telefónicamente o de manera personal y pregunta el motivo de su ausencia. 90. Recibe la explicación de la persona usuaria y comunica verbalmente a la Persona Docente, el motivo de su ausencia. 91. Procede de acuerdo con respuesta de la persona usuaria o en caso de detectar 3 faltas consecutivas de una persona usuaria en UOPSI, requisita el “Estudio de deserción”, clave 3B11-009-020 (Anexo 10), siempre y cuando esté activa y pregunta si asistirá posteriormente. NOTA: Pueden darse de baja únicamente en el caso de no localizar a la persona usuaria, a las 5 faltas consecutivas y solo en este caso deberá valorarse la solicitud de baja. Siempre y cuando se demuestre la reconquista del usuario No asistirá
Trabajo Social	92. Anota la baja de la persona usuaria en UOPSI en el “Estudio de deserción”, clave 3B10-009-020 (Anexo 10) o para CEC en el “Formato de inscripción, control y seguimiento de población usuaria del CEC”, clave 3B11-009-021 (Anexo 11). 93. Comunica personalmente a la Directora o Director que la persona usuaria ya no asistirá y entrega el “Estudio de deserción”, clave 3B11-009-020 (Anexo 10) para que se solicite baja definitiva.
Directora o Director	94. Recibe el “Estudio de deserción”, clave 3B11-009-020 (Anexo 10), solicita telefónicamente y mediante “Correo electrónico de baja definitiva” a la División de Apoyo Técnico y Mejora de Procesos, la baja definitiva de la persona usuaria en SIPSI.
División de Apoyo Técnico y Mejora de Procesos	95. Recibe llamada telefónica y el “Correo electrónico de baja definitiva” con el que solicitan baja definitiva de la persona usuaria, reenvía correo electrónico a la División de Promoción de la Salud de conformidad con la política 5.8.



Responsable	Descripción de actividades
División de Promoción de la Salud	96. Recibe el “Correo electrónico de baja definitiva” con solicitud de baja de la persona usuaria del PASS, verifica los motivos de la baja y determina procedencia. NOTA: Pueden darse de baja únicamente en el caso de no localizar a la persona usuaria, a las 5 faltas consecutivas y solo en este caso deberá valorarse la solicitud de baja. Siempre y cuando se demuestre la reconquista del usuario. No procede baja 97. Informa mediante el “Correo electrónico de negación de baja definitiva”, debido a la falta de evidencia de análisis y reconquista del usuario, con la negativa de baja a la División de Apoyo Técnico y Mejora de Procesos, con copia para la Directora o Director, el motivo por el cual no se puede dar de baja a la persona usuaria. Sí procede baja 98. Informa a la División de Apoyo Técnico y Mejora de Procesos. Mediante el “Correo electrónico de procedencia” con la autorización de baja la procedencia de baja definitiva.
División de Apoyo Técnico y Mejora de Procesos	99. Ingresa al SIPSI, realiza la baja definitiva de la persona usuaria y comunica mediante el “Correo electrónico de baja definitiva” a la Directora o Director.
Directora o Director	100. Recibe el “Correo electrónico de baja definitiva” de la persona usuaria, registra fecha de baja en el “Estudio de deserción”, clave 3B11-009-020 (Anexo 10) y devuelve a Trabajo Social.
Trabajo Social	101. Recibe el “Estudio de deserción”, clave 3B11-009-020 (Anexo 10), integra al “Expediente de persona usuaria” y anota en carátula la baja del mismo. 102. Informa verbalmente a la Persona Docente sobre la baja de la persona usuaria, archiva de manera definitiva y alfabéticamente el “Expediente de



Responsable	Descripción de actividades
Persona Docente	persona usuaria” y concluye el proceso para esta opción. Concluye el proceso para esta alternativa. Si asistirá 103. Informa de manera verbal en la UOPSI el motivo de su ausencia, lo registra en “Estudio de deserción”, clave 3B11-009-020 (Anexo 10) y lo integra al “Expediente de persona usuaria”. 104. Recibe el informe verbal, continúa con el curso o taller y al concluir el mismo, deriva a la persona usuaria con Trabajo Social o Persona Docente para sus valoraciones finales.
Trabajo Social o Persona Docente	105. Reciben a la persona usuaria, aplican la valoración basal (final) conforme a la “Matriz de requerimientos del PASS”, a las “Guías didácticas o Manuales de prácticas” o en caso de que el padecimiento requiera: • Cédula de Diagnóstico de población en las UOPSI”, clave 3B11-009-014, (Anexo 3). • “Cuestionario calidad de vida ESCALA COOP/WONKA” clave 3B11-009-019 (Anexo 9). • “Cuestionario hábitos de alimentación”, clave 3B11-009-016 (Anexo 6). • “Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)”, clave 3B11-009-018 (Anexo 8). • “Inventario Ansiedad de Beck (BAI)”, clave 3B11-009-017 (Anexo 7). • “Ficha de registro y seguimiento de la condición física saludable”, clave 3B11-009-015 (Anexo 4). • “Cuestionario para la detección de posturas incorrectas durante las actividades de la vida diaria”. NOTA: Se aplican las mismas valoraciones que se hicieron al inicio de la intervención.



Responsable	Descripción de actividades
Trabajo Social o Persona Docente	106. Registran los resultados en la UOPSI, en el “Formato de valoración del PASS”, clave 3B11-009-025 (Anexo 5); en el CEC, en el “Formato de inscripción, control y seguimiento de población usuaria del CEC”, clave 3B11-009-021 (Anexo 11) e informan a la persona usuaria la fecha en que se le entregará su “Contrarreferencia”. NOTA: La atención de la persona usuaria continúa en la actividad 116.
Trabajo Social	107. Integra y archiva las valoraciones finales aplicadas conforme a la “Matriz de requerimientos del PASS”, las “Guías didácticas o Manuales de prácticas” o en caso de que el padecimiento requiera: • Cédula de Diagnóstico de población en las UOPSI”, clave 3B11-009-014, (Anexo 3). • “Formato de valoración del PASS”, clave 3B11-009-025 (Anexo 5). • “Cuestionario calidad de vida ESCALA COOP/WONKA” clave 3B11-009-019 (Anexo 9). • “Cuestionario hábitos de alimentación”, clave 3B11-009-016 (Anexo 6). • “Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)”, clave 3B11-009-018 (Anexo 8). • “Inventario de Ansiedad Beck (BAI)”, clave 3B11-009-017 (Anexo 7). • “Ficha de registro y seguimiento de la condición física saludable”, clave 3B11-009-015 (Anexo 4). • “Cuestionario para la detección de posturas incorrectas durante las actividades de la vida diaria”. Al “Expediente de persona usuaria” de manera permanente y alfabética.
Trabajo Social	108. Entrega a la persona encargada de la operación del SIPSI en la unidad el “Formato de valoración del PASS”, clave 3B11-009-025 (Anexo 5), en el CEC, en el “Formato de inscripción, control y seguimiento de población usuaria del CEC”, clave 3B11-009-021 (Anexo 11), para el registro de los resultados de valoración final en el SIPSI.



Responsable	Descripción de actividades
Persona encargada de la Operación del SIPSI	109. Recibe el “Formato de valoración del PASS”, clave 3B11-009-025 (Anexo 5) y el “Formato de inscripción, control y seguimiento de población usuaria en CEC”, clave 3B11-009-021 (Anexo 11), ingresa con su usuario y contraseña al SIPSI, en la opción <seguimiento>, <alumnos referidos>, <evaluación signos vitales> y registra en el sistema las valoraciones finales de la persona usuaria.
Persona encargada de la Operación del SIPSI	110. Emite del SIPSI tres tantos de la “Contrarreferencia” de la persona usuaria, entrega a Trabajo Social con el “Formato de valoración del PASS”, clave 3B11-009-025 (Anexo 5) y el “Formato de inscripción, control y seguimiento de población usuaria del CEC”, clave 3B11-009-021 (Anexo 11) e informa que ya se registraron valoraciones finales.
Trabajo Social	111. Recibe los tres tantos de la “Contrarreferencia”, el “Formato de valoración del PASS”, clave 3B11-009-025 (Anexo 5), el “Formato de inscripción, control y seguimiento de población usuaria del CEC”, clave 3B11-009-021 (Anexo 11) y recaba la firma de la Directora o Director del primer formato. 112. Integra el “Formato de inscripción, control y seguimiento de población usuaria del CEC”, clave 3B11-009-021 (Anexo 11) al “Expediente CEC de la UOPSI” y el “Formato valoración del PASS”, clave 3B11-009-025 (Anexo 5) al “Expediente PASS de la UOPSI” y archiva de manera permanente y cronológica. 113. Solicita a la Persona Docente que, al concluir la actividad, elabore la “Lista de personas usuarias” para UOPSI y la “Lista de personas usuarias CEC” de las personas acreedoras a “Reconocimiento” por haber participado en el Programa PASS.
Persona Docente	114. Elabora, en la UOPSI, la “Lista de personas usuarias”, en CEC la “Lista de personas usuarias CEC” y las entrega personalmente a la Directora o Director.
Directora o Director	115. Recibe la “Lista de personas usuarias” o la “Lista de personas usuarias CEC”, según sea el caso,



Responsable	Descripción de actividades
Trabajo Social	elabora el “Reconocimiento” para las personas acreedoras y lo firma. 116. Entrega a Trabajo Social la “Lista de personas usuarias” o la “Lista de personas usuarias CEC” y el “Reconocimiento”, a efecto de recabar firma de recibido. 117. Recibe la “Lista de personas usuarias”, la “Lista de personas usuarias CEC” y el “Reconocimiento”. 118. Recibe a la persona usuaria, entrega un tanto de la “Contrarreferencia”, del “Reconocimiento” y recaba firma de recibido en la “Lista de personas usuarias” o la “Lista de personas usuarias CEC” y en otro tanto de la “Contrarreferencia”. NOTA: La Directora o Director define con Trabajo Social y Persona Docente la forma de entrega de los Reconocimientos (Evento, clase, clausura, etc.). 119. Promueve verbalmente las actividades que se imparten de manera presencial así como las disponibles en las plataformas de CLIMSS y eduTK. 120. Deriva a la persona usuaria a la Unidad de referencia, la despide amablemente y concluye el proceso de ésta. NOTA: En caso de que el personal Médico considere que requiere nueva intervención, podrá enviarlo con un nuevo “Formato de referencia”. 121. Integra de manera permanente y cronológica un tanto de la “Contrarreferencia” al “Expediente de persona usuaria” la “Lista de personas usuarias” al “Expediente PASS de la UOPSI” y la “Lista de personas usuarias CEC” al “Expediente PASS en CEC”. Etapas IV Seguimiento del PASS



Responsable	Descripción de actividades
Trabajo Social	122. Emite, con información del SIPSI, el “Reporte trimestral de personas referidas” para la reunión de seguimiento del PASS.
	123. Señala casos de éxito en el “Reporte trimestral de personas referidas”.
	124. Entrega personalmente a la Directora o Director el “Reporte trimestral de personas referidas” y un tanto de la “Contrarreferencia”.
Titular de la Jefatura de Servicios	125. Instruye al Titular de la Jefatura de departamento para que el grupo de Trabajo en el OOAD realice reunión trimestral para analizar los resultados programados en el programa anual de trabajo.
Directora o Director	126. Recibe de Trabajo Social el “Reporte trimestral de personas referidas y la “Contrarreferencia”. 127. Convoca al Grupo de Trabajo Operativo a reunión trimestral mediante el “Memorándum interno de seguimiento del PASS” y recaba la firma de conocimiento de las y los integrantes del mismo.
Grupo de Trabajo Operativo	128. Realizan la reunión, intercambian información e incidencias presentadas durante el desarrollo del PASS, avance de la meta del “Programa de trabajo anual del PASS del OOAD”, el “Reporte trimestral de personas referidas” y la “Contrarreferencia”. 129. Identifican si hay mejora de las personas usuarias del PASS, las áreas de oportunidad en aspectos internos y de vinculación con Área Médica, de ser el caso, proponen mecanismos de promoción y/o estrategias que propicien una mejora en la salud. 130. Acuerdan soluciones y elaboran proyecto del “Plan de mejora del PASS local” para presentar al Grupo de Trabajo Local con fechas de cumplimiento.
Directora o Director	131. Convoca a reunión vía “Correo electrónico de reunión de seguimiento” al Grupo de Trabajo Local



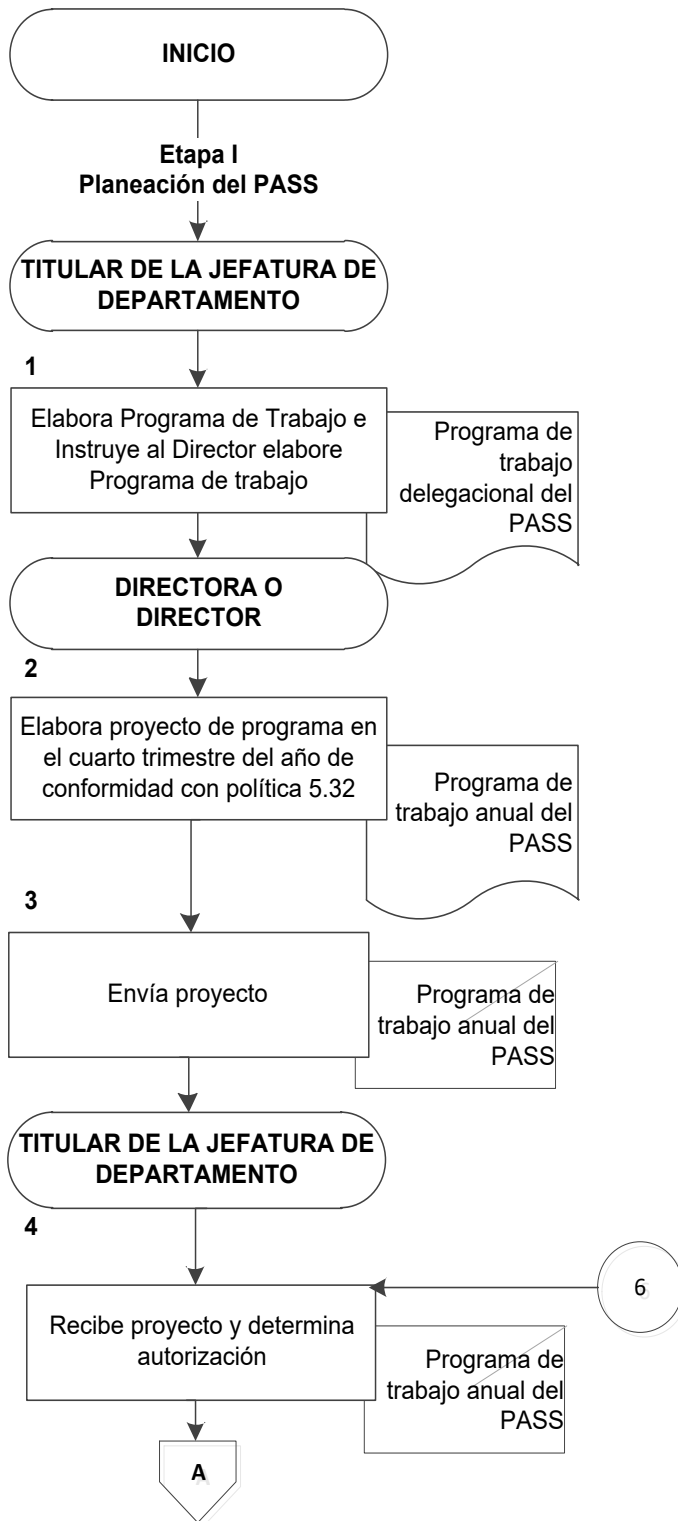
Responsable	Descripción de actividades
Grupo de Trabajo Local	con base en cronograma establecido en la “Minuta de acuerdos local”.
Directora o Director	132. Realizan la reunión, intercambian información sobre el desarrollo del PASS con base en el “Programa de trabajo anual del PASS del OOAD” e identifican áreas de oportunidad.
Grupo de Trabajo Local	133. Presenta al Grupo de Trabajo Local el proyecto de “Plan de mejora del PASS local” y entrega a la Directora o Director de la UMF la “Contrarreferencia” para su conocimiento.
Directora o Director	134. Establecen acuerdos para solucionar problemática, según el ámbito de su responsabilidad, con fecha de cumplimiento y ajustan el “Plan de mejora del PASS local”.
	135. Imprime en dos tantos el “Plan de mejora del PASS local”, lo firman y le entrega un tanto a la Directora o Director de la UMF.
	136. Escanea el “Plan de mejora del PASS local” y envía al Titular de la Jefatura de Servicios mediante el “Correo electrónico de mejora del PASS local” a través del Titular de la Jefatura de Oficina y del Titular de la Jefatura de Departamento.
	137. Ejecuta y da seguimiento a los compromisos acordados en el “Plan de mejora del PASS local” conforme al ámbito de su responsabilidad.
	138. Integra el “Memorándum interno de seguimiento”, el “Plan de mejora del PASS local” y el “Reporte de referidos personas” al “Expediente del PASS UOPSI” y archiva de manera permanente y cronológica.
Titular de la Jefatura de Servicios	139. Recibe el “Correo electrónico de mejora del PASS local” con el “Plan de mejora del PASS local”, imprime y convoca mediante “Correo electrónico Reunión de Grupo OOAD” a reunión al Grupo de Trabajo en OOAD de conformidad con el cronograma de la “Minuta de inicial de acuerdos”.

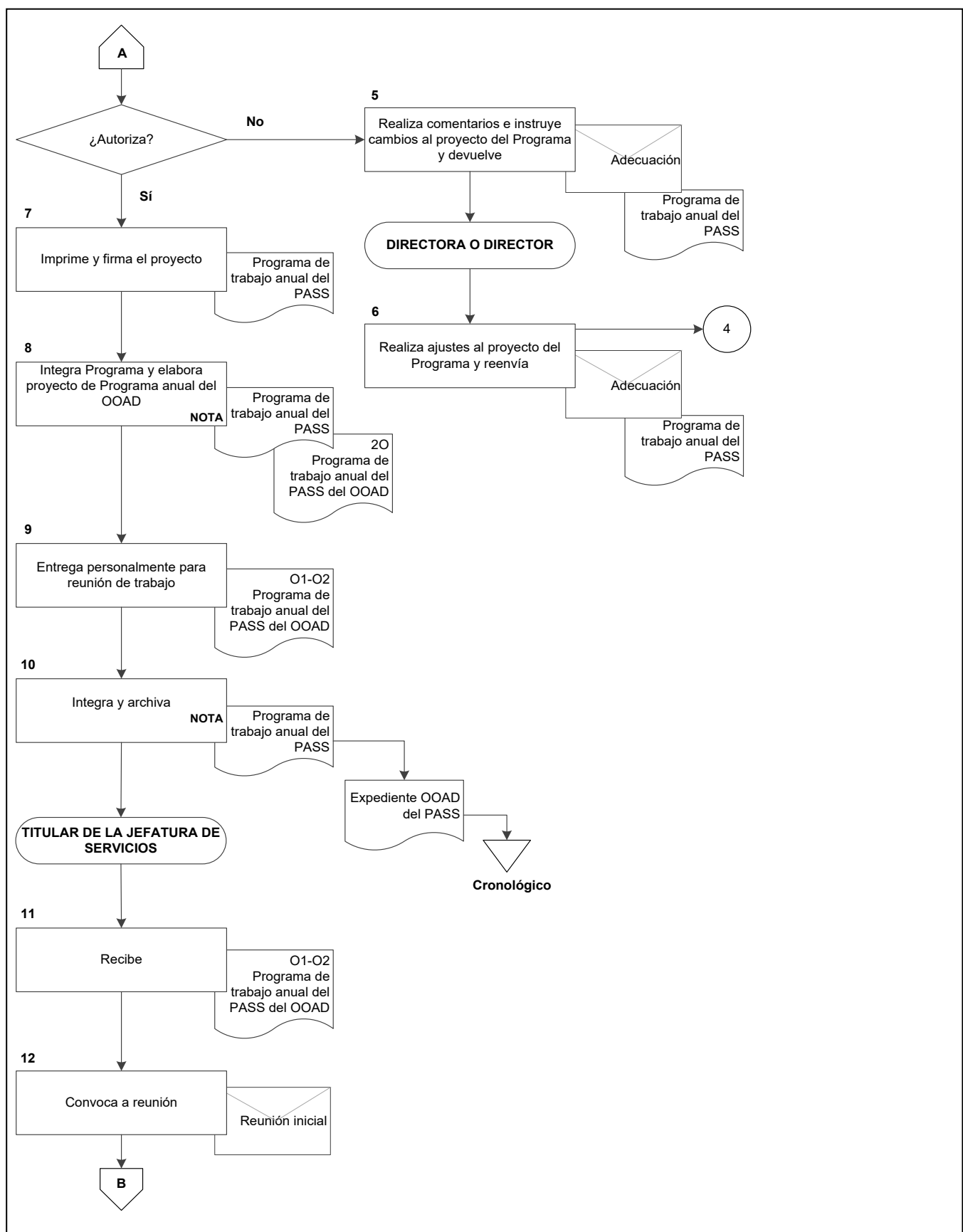


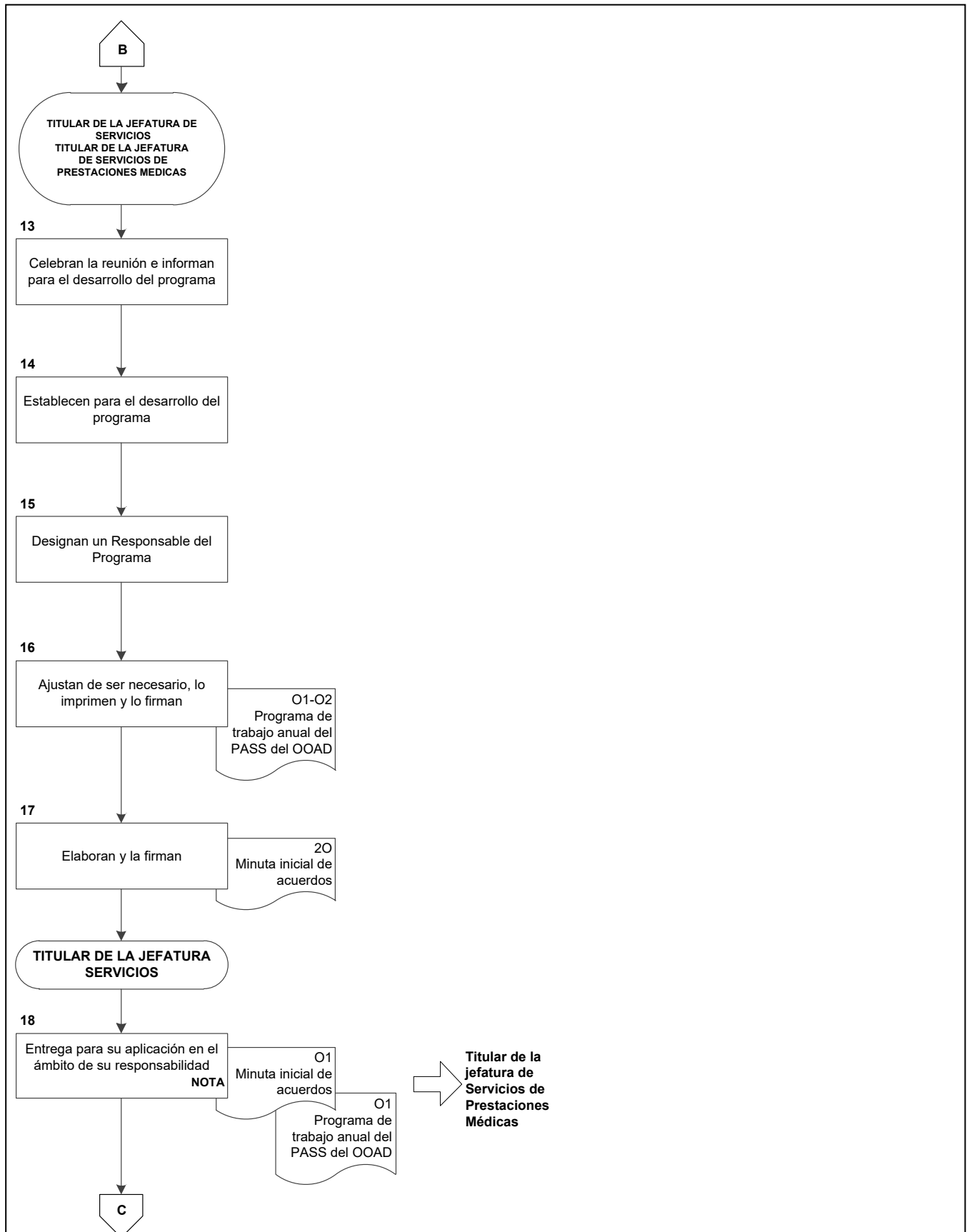
Responsable	Descripción de actividades
Grupo de Trabajo en OOAD	140. Realizan reunión, comentan el “Plan de mejora del PASS local” y acuerdan soluciones para ejecutar de acuerdo con el ámbito de su responsabilidad.
Titular de la Jefatura de Servicios	141. Elabora en dos tantos el “Plan de mejora del PASS del OOAD” y la “Minuta de soluciones para el PASS”, firman y entrega un tanto al Titular de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas.
Titular de la Jefatura de Departamento	142. Entrega a la Titular de la Jefatura de Departamento el “Plan de mejora del PASS local”, el “Plan de mejora del PASS del OOAD” y la “Minuta de soluciones para el PASS” e instruye dé seguimiento al cumplimiento, en el ámbito de su responsabilidad.
	143. Recibe el “Plan de mejora del PASS local”, el “Plan de mejora del PASS del OOAD” y la “Minuta de soluciones para el PASS” y escanea Minuta.
	144. Envía mediante el “Correo electrónico de Minuta” la “Minuta de soluciones para el PASS” a la Directora o Director e instruye se aplique según el ámbito de su responsabilidad.
	145. Integra la copia del “Plan de mejora del PASS local”, los originales del “Plan de mejora del PASS del OOAD” y la “Minuta de soluciones para el PASS” al “Expediente OOAD del PASS” y archiva de forma permanente y cronológica.
Directora o Director	146. Recibe el correo electrónico con la “Minuta de soluciones para el PASS”, imprime y ejecuta.
	147. Integra la “Minuta de soluciones para el PASS” al “Expediente UOPSI del PASS” y archiva este último de forma permanente y cronológica.
	Fin del procedimiento

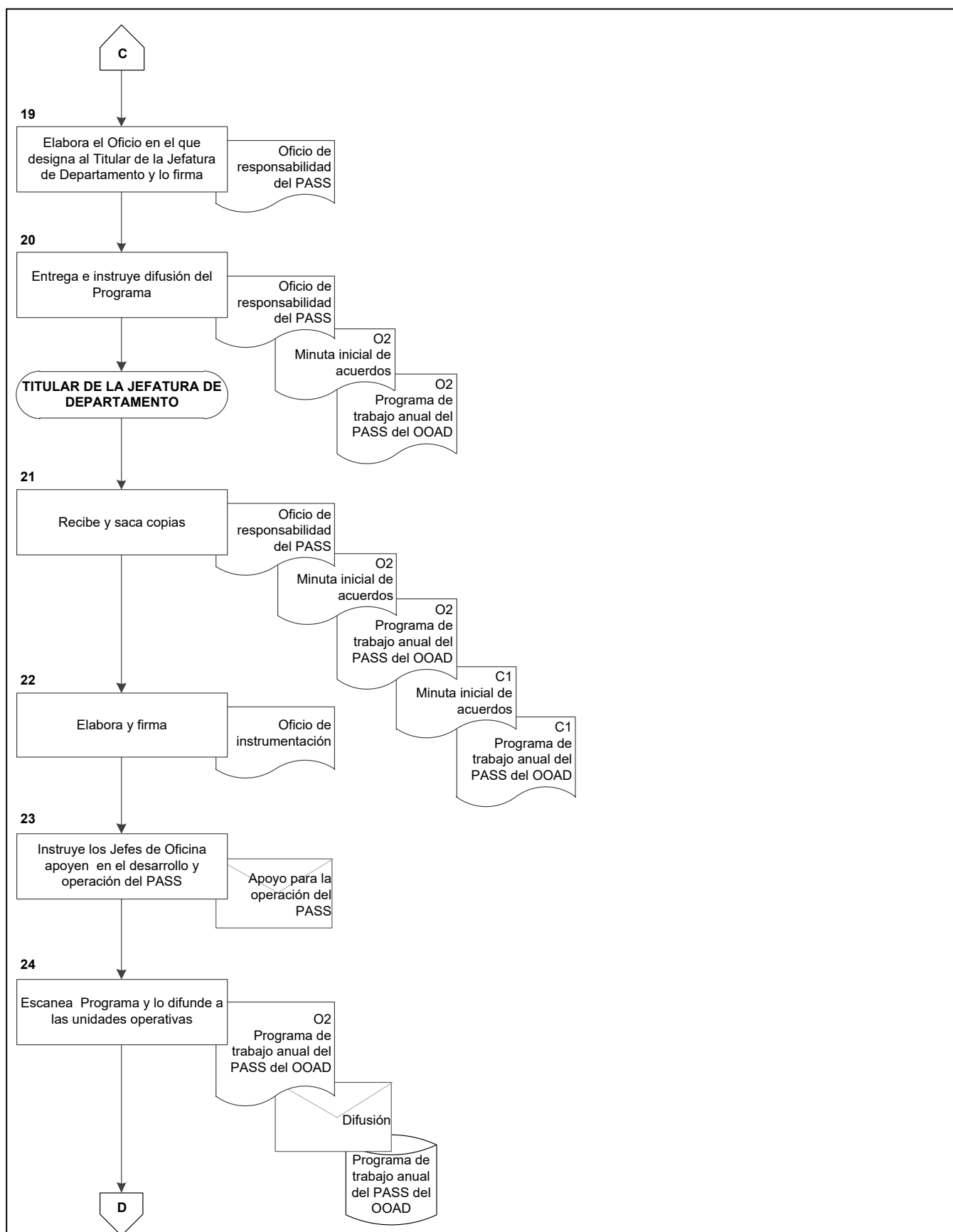


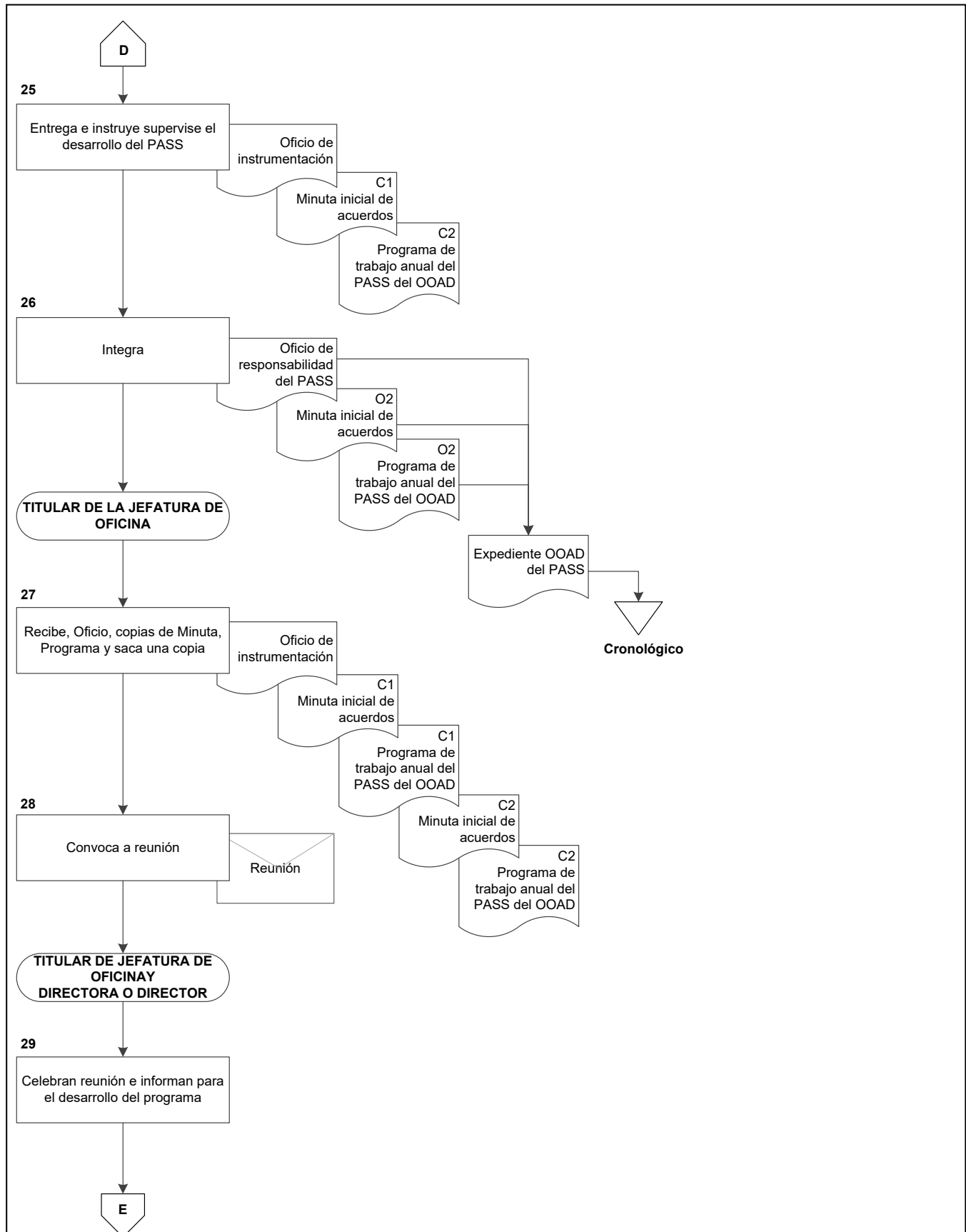
7 Diagrama de flujo

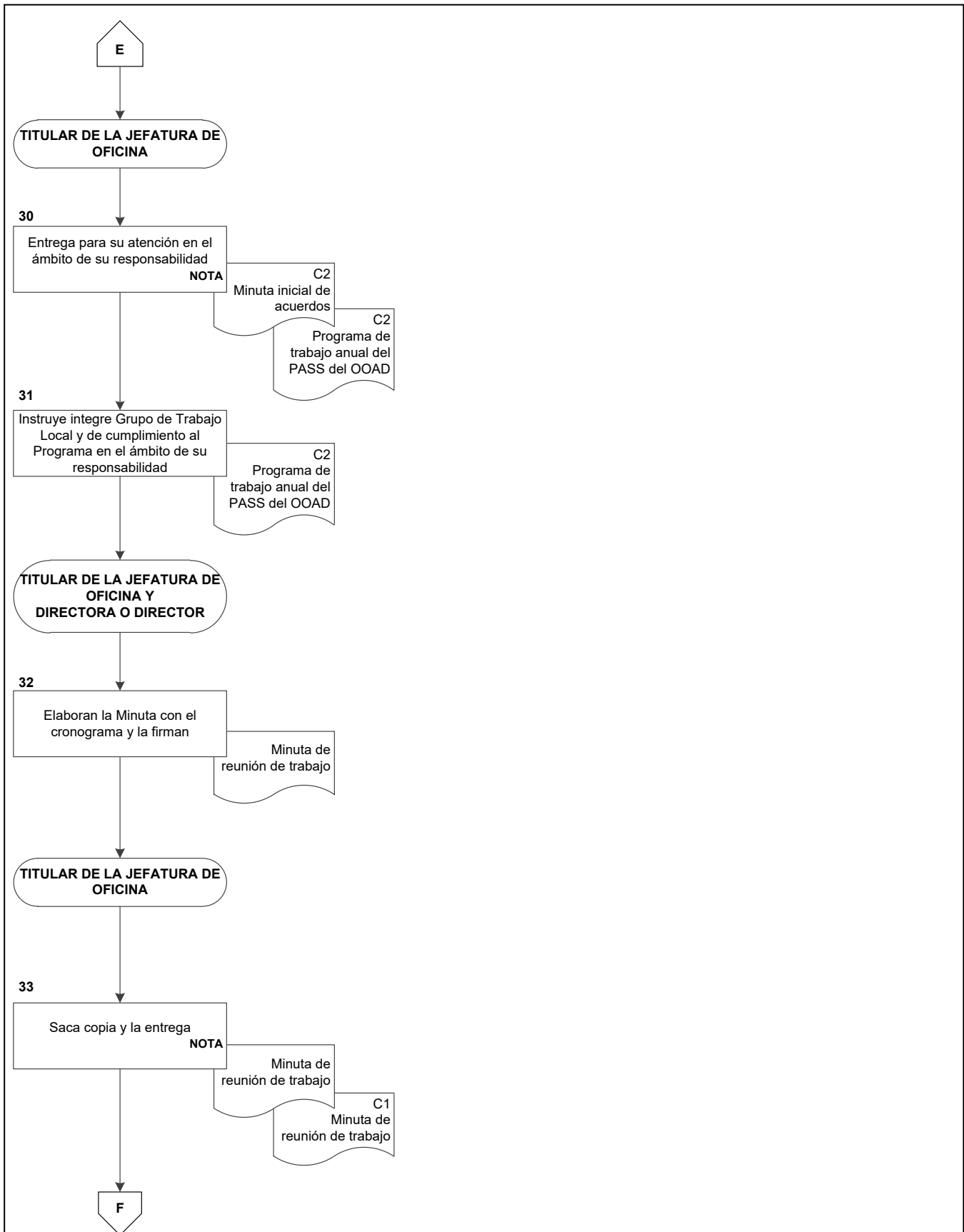


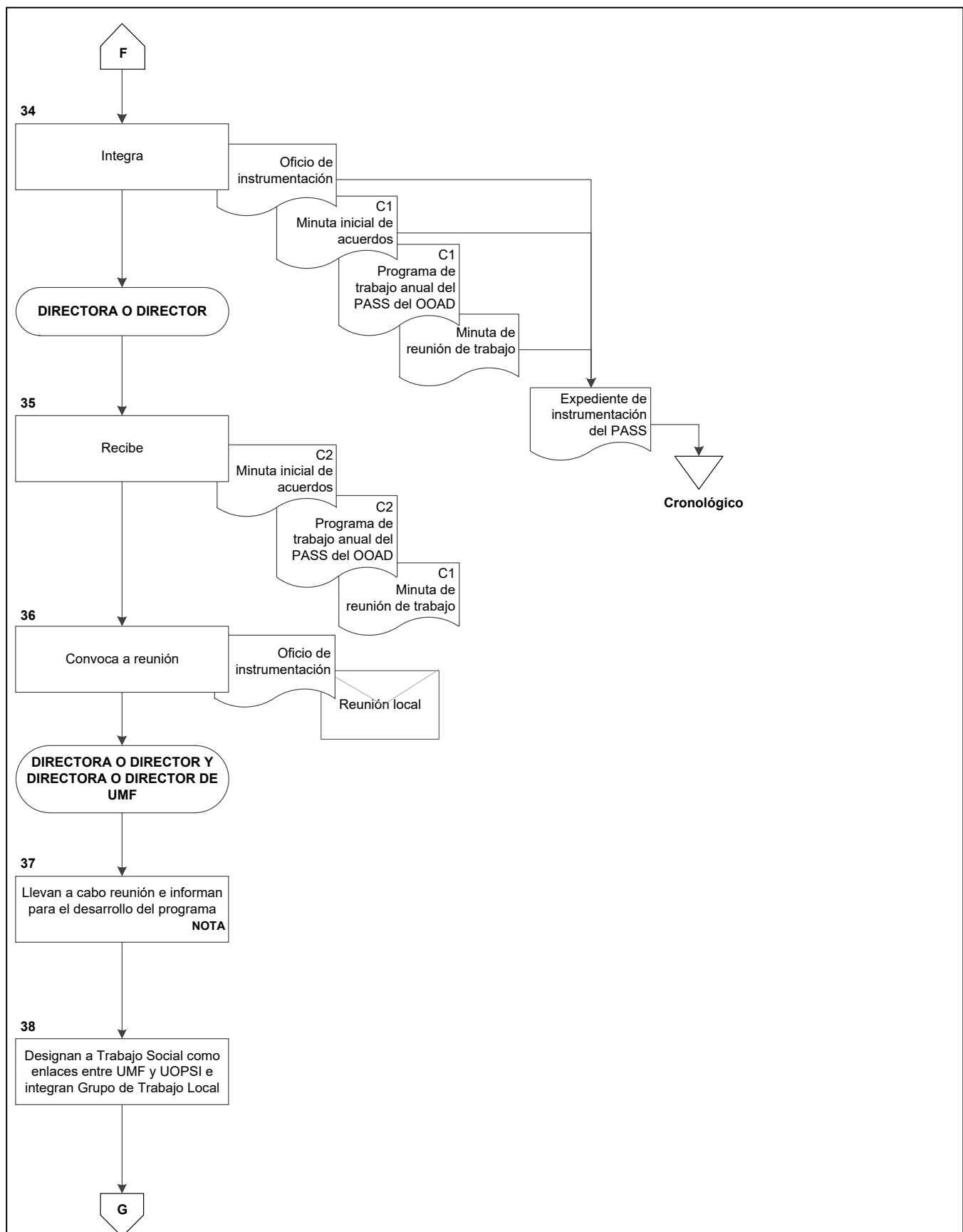


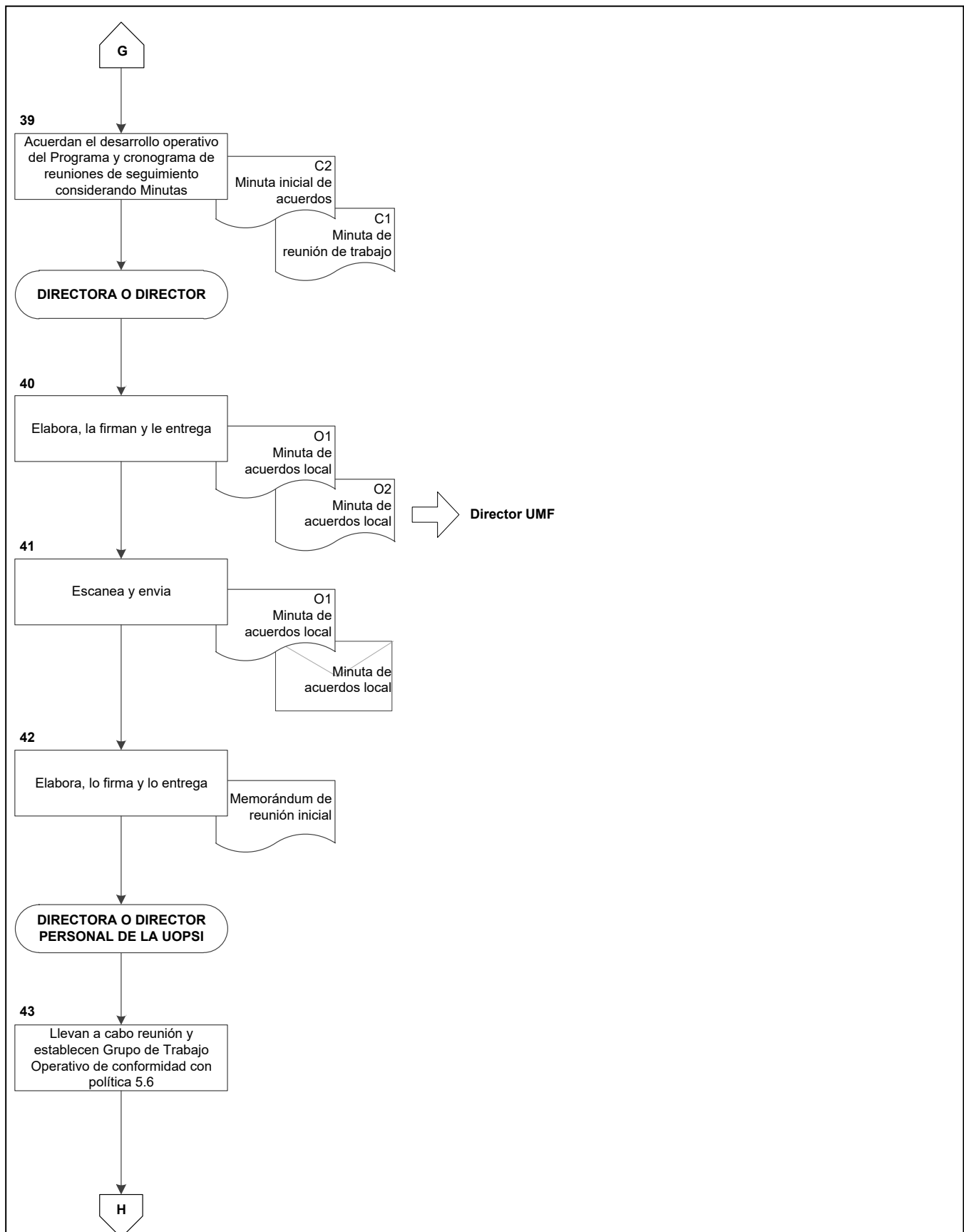


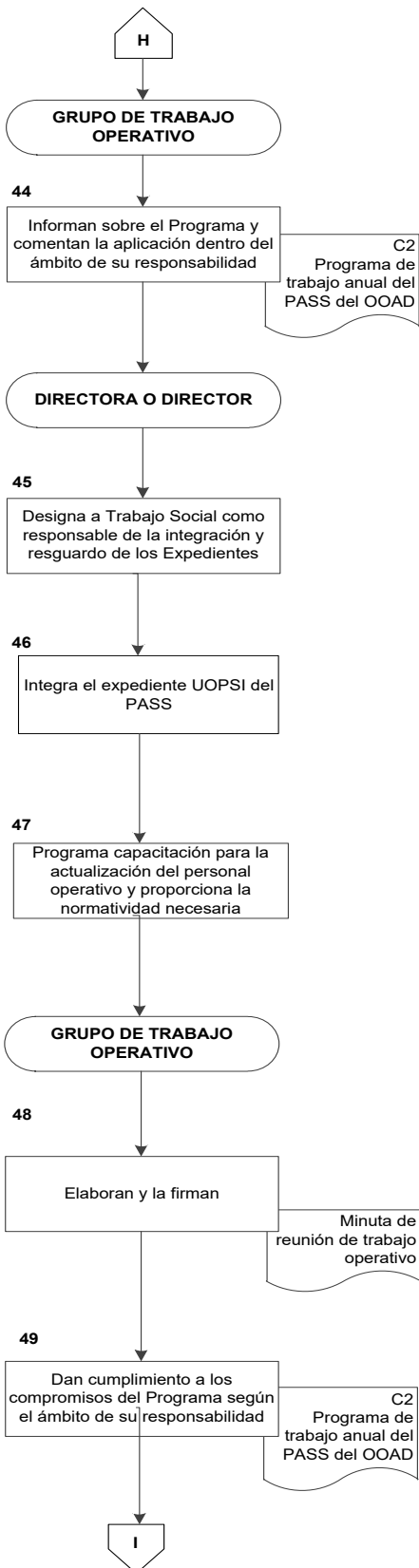


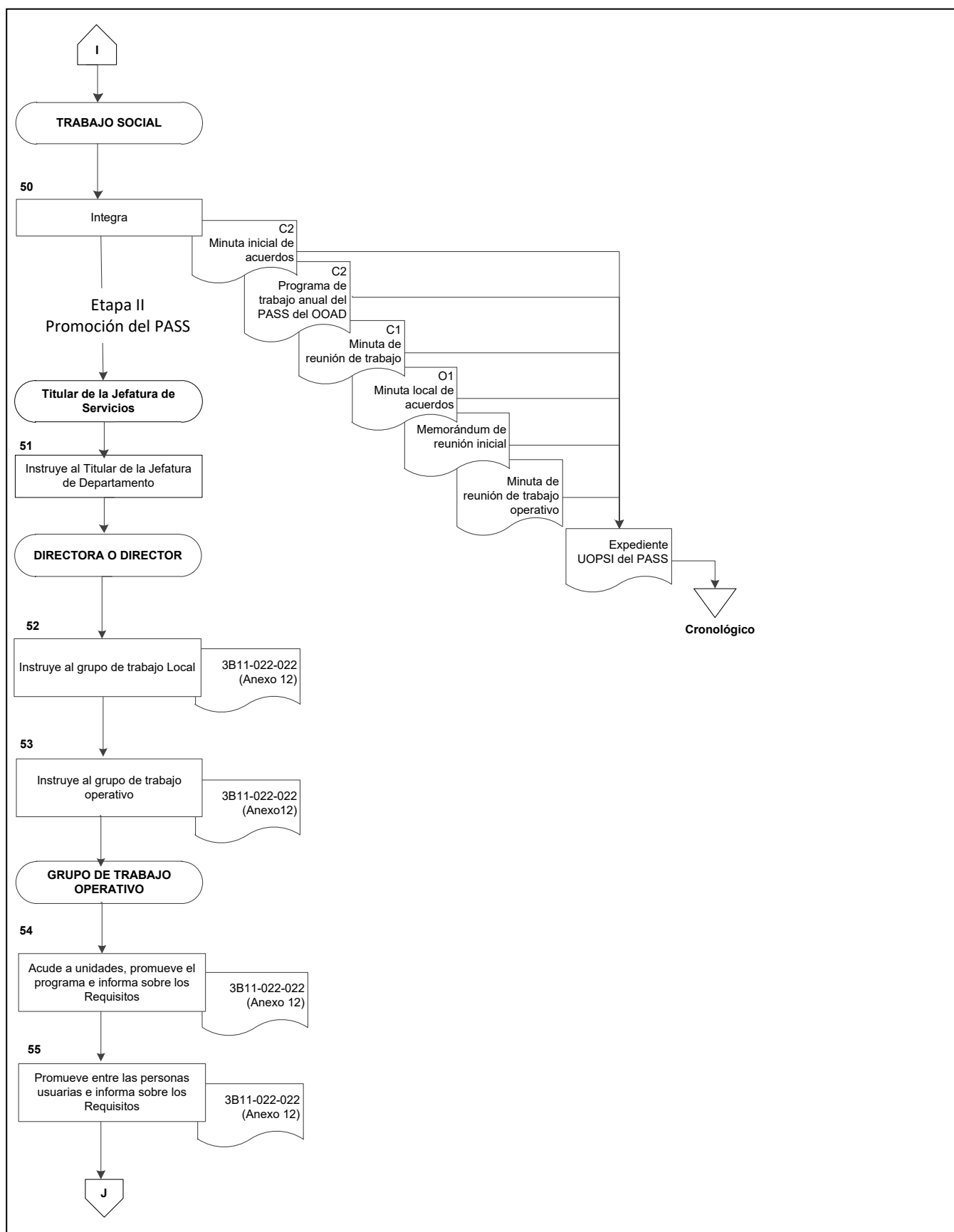


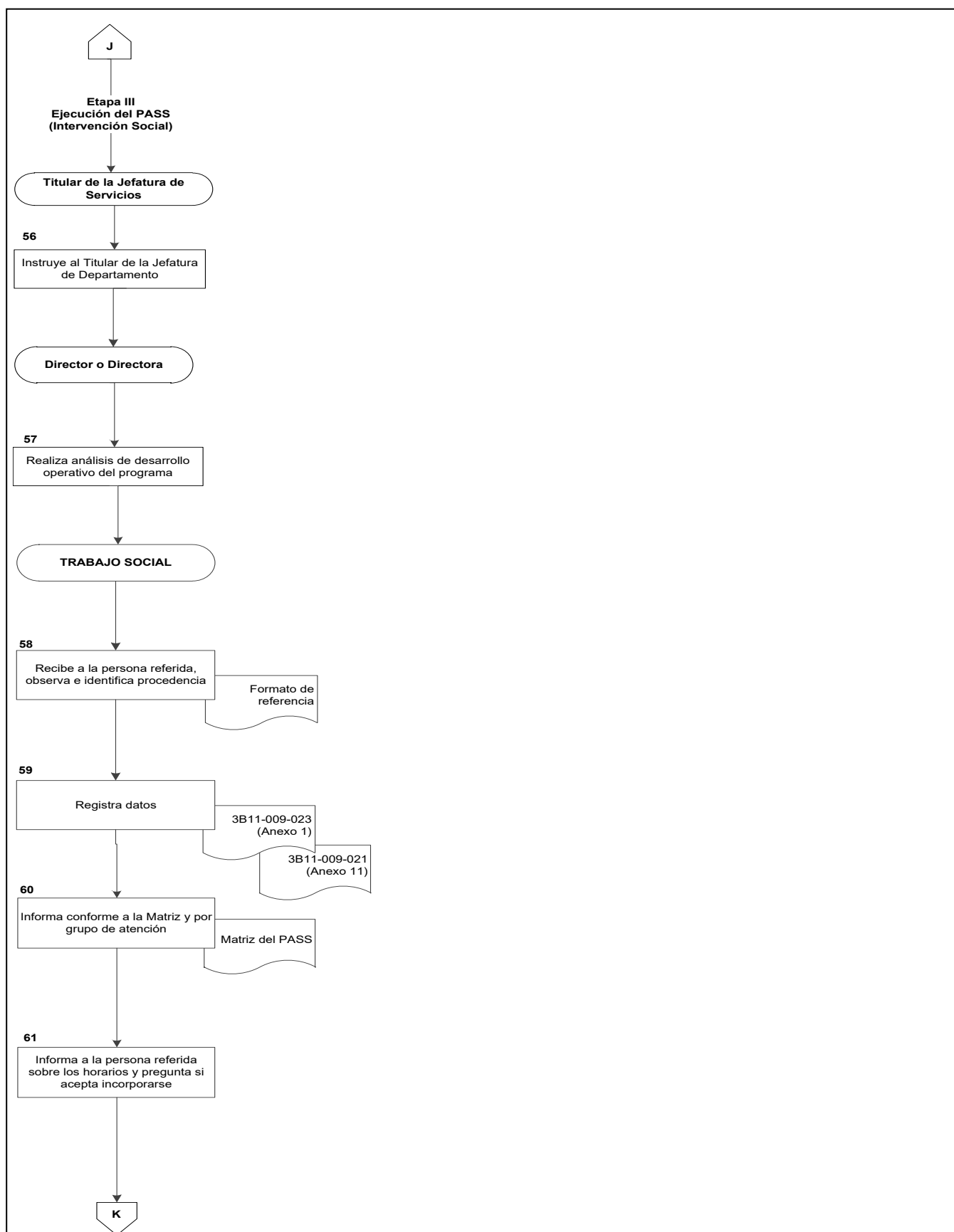


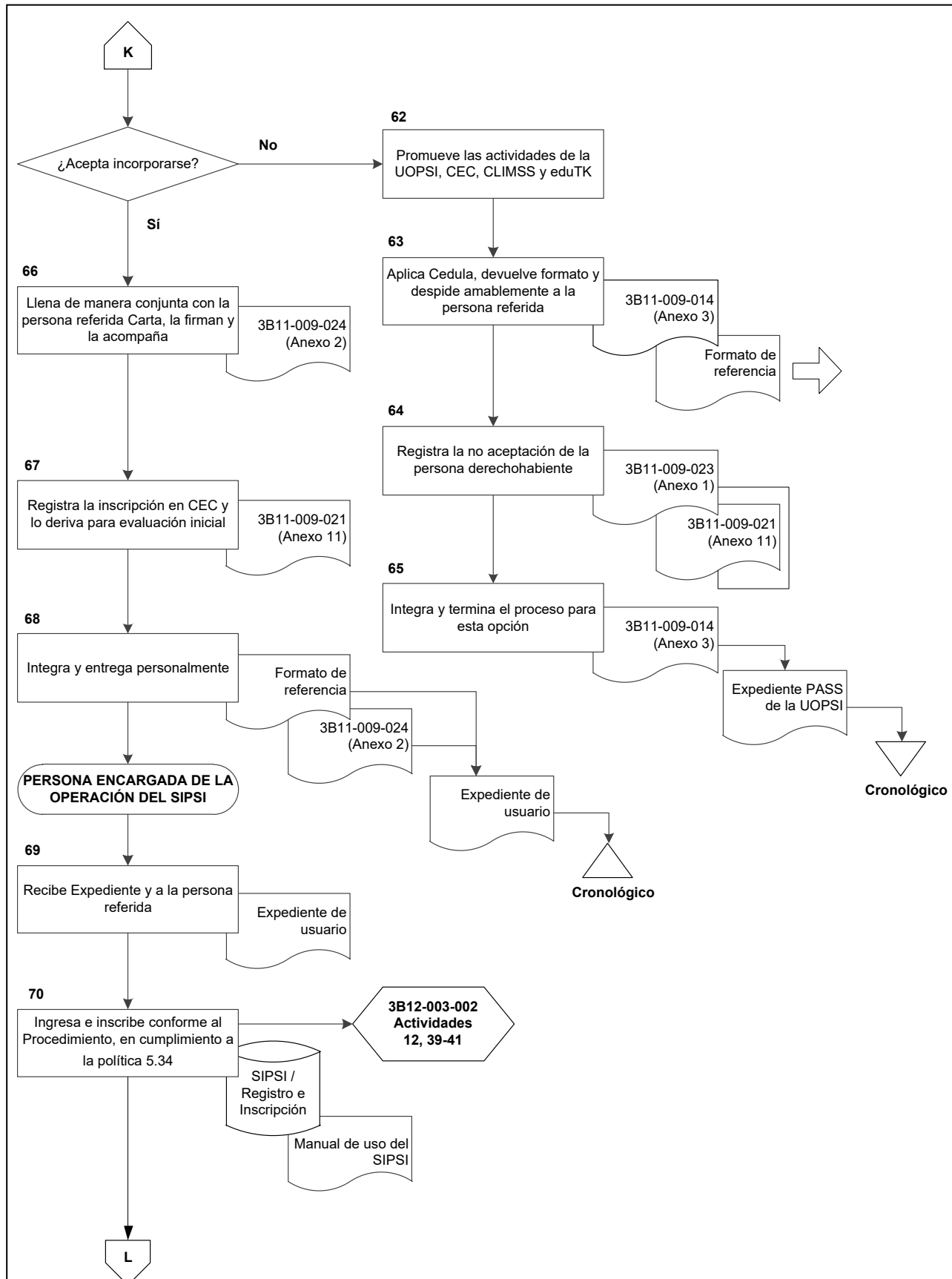


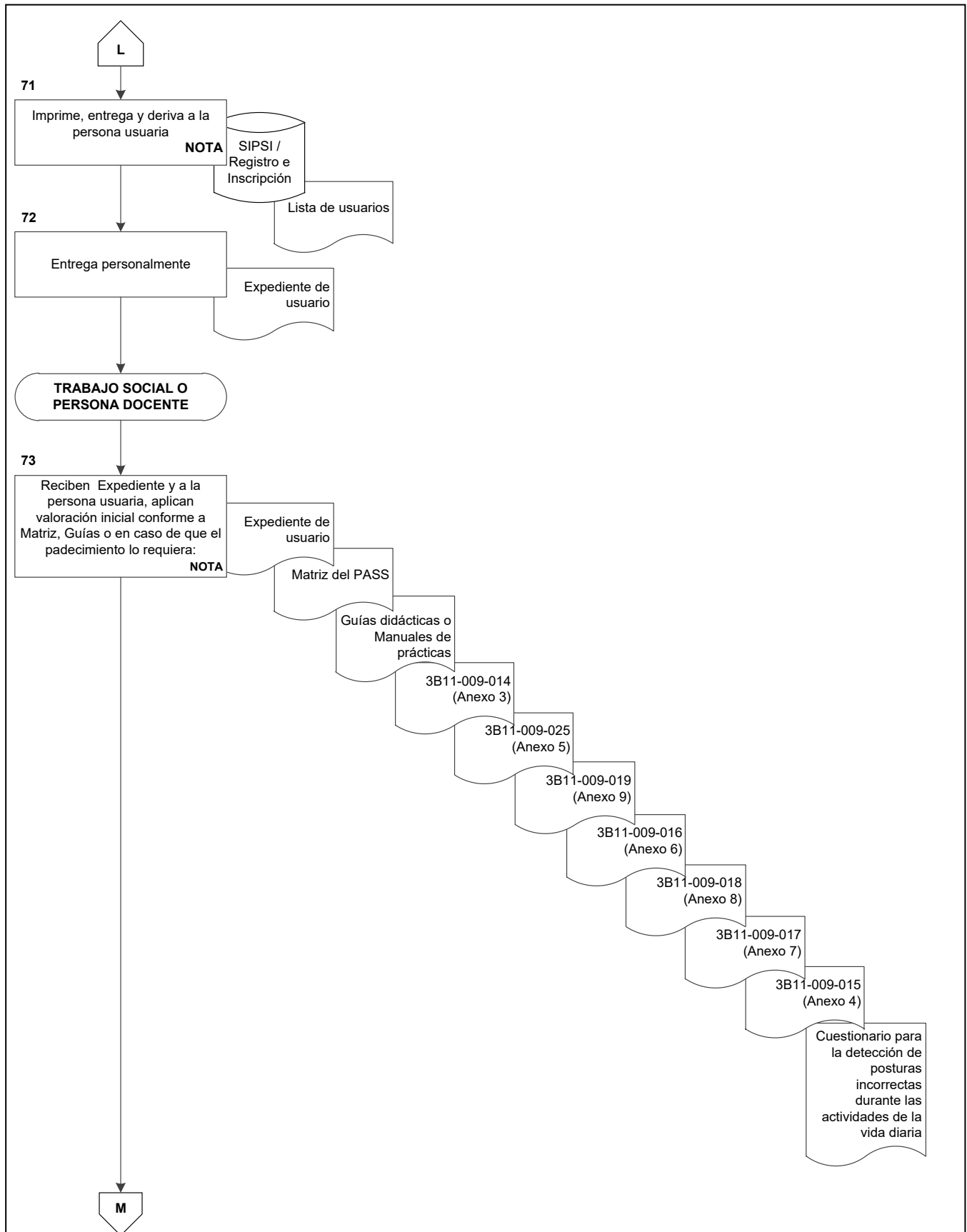


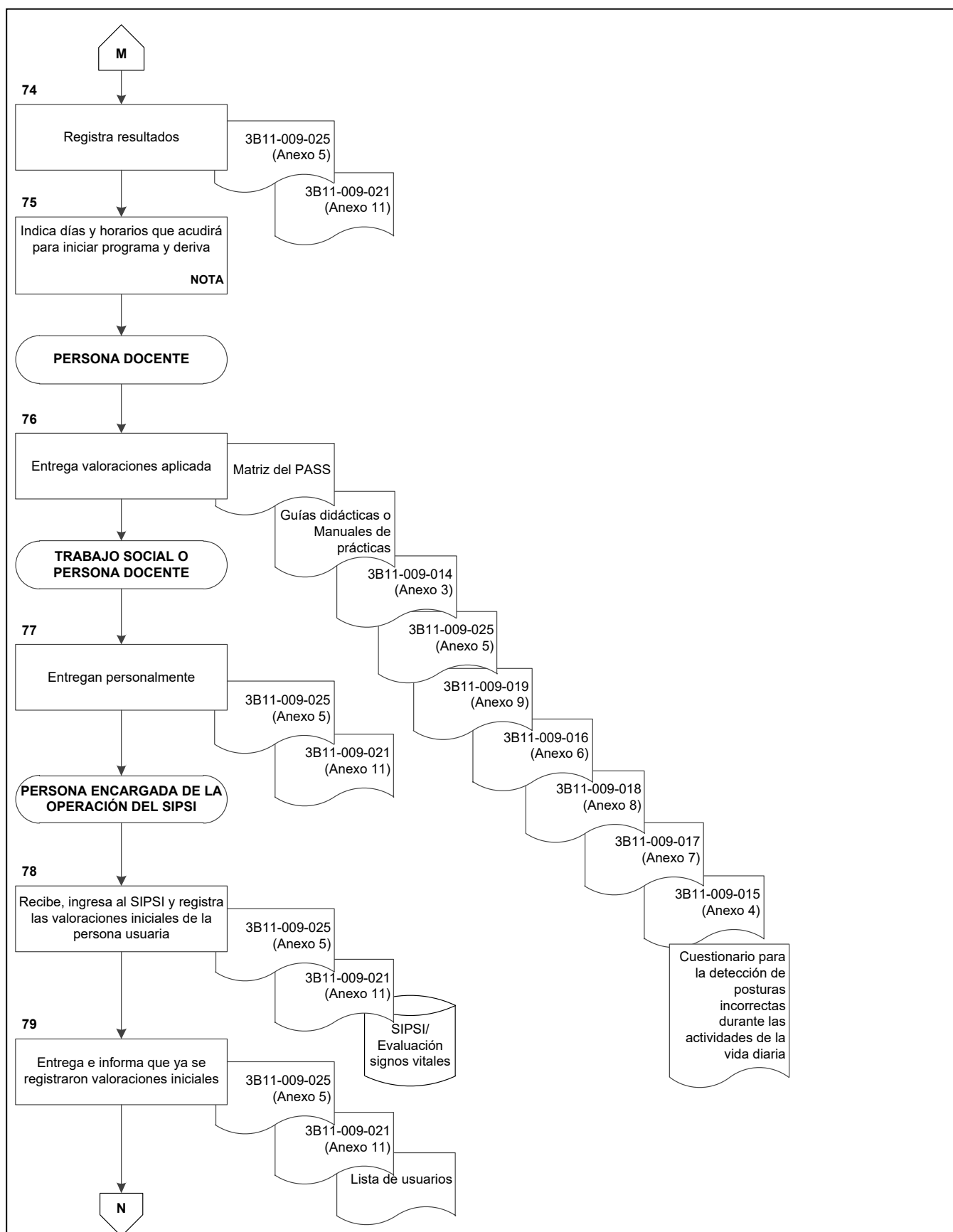


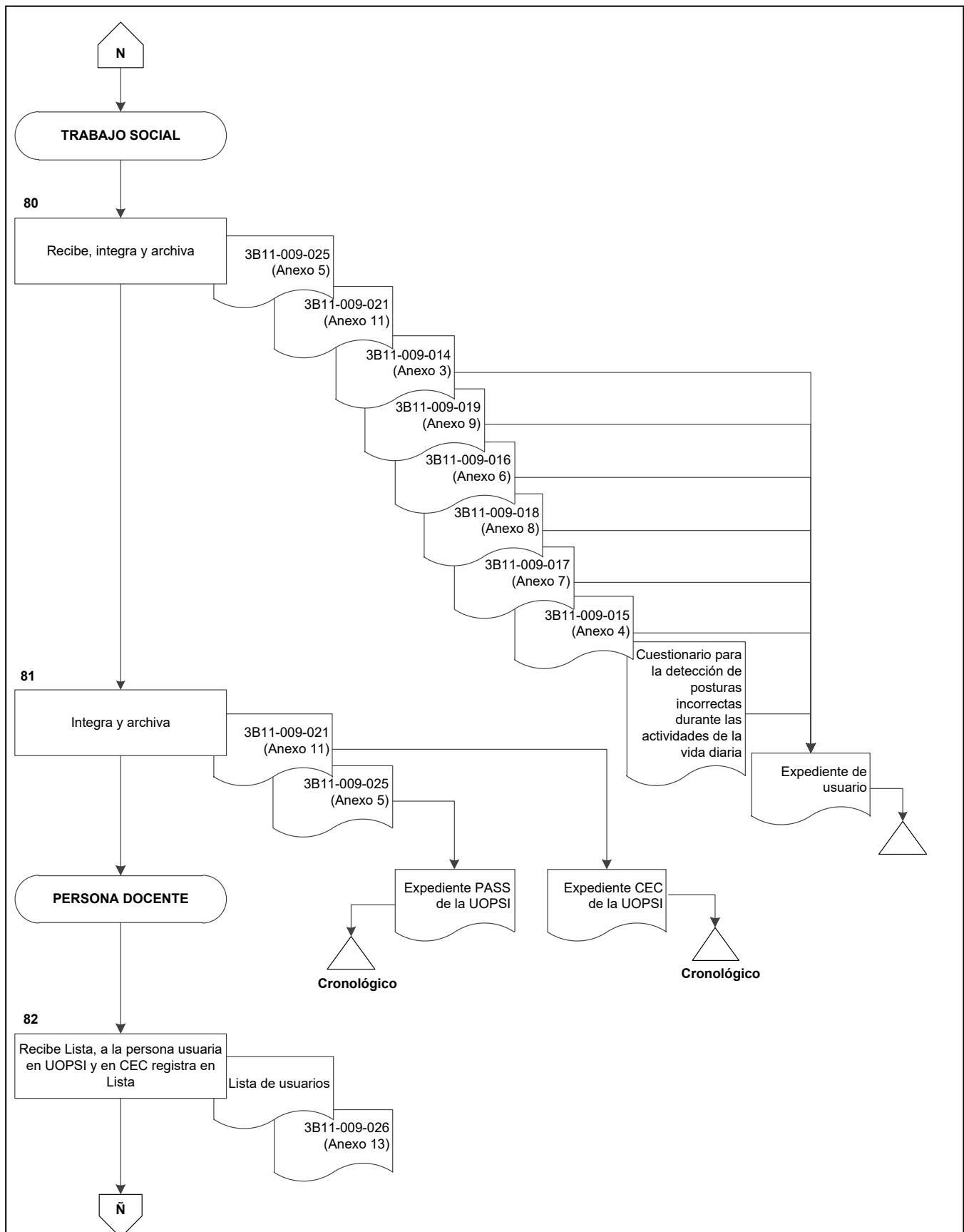


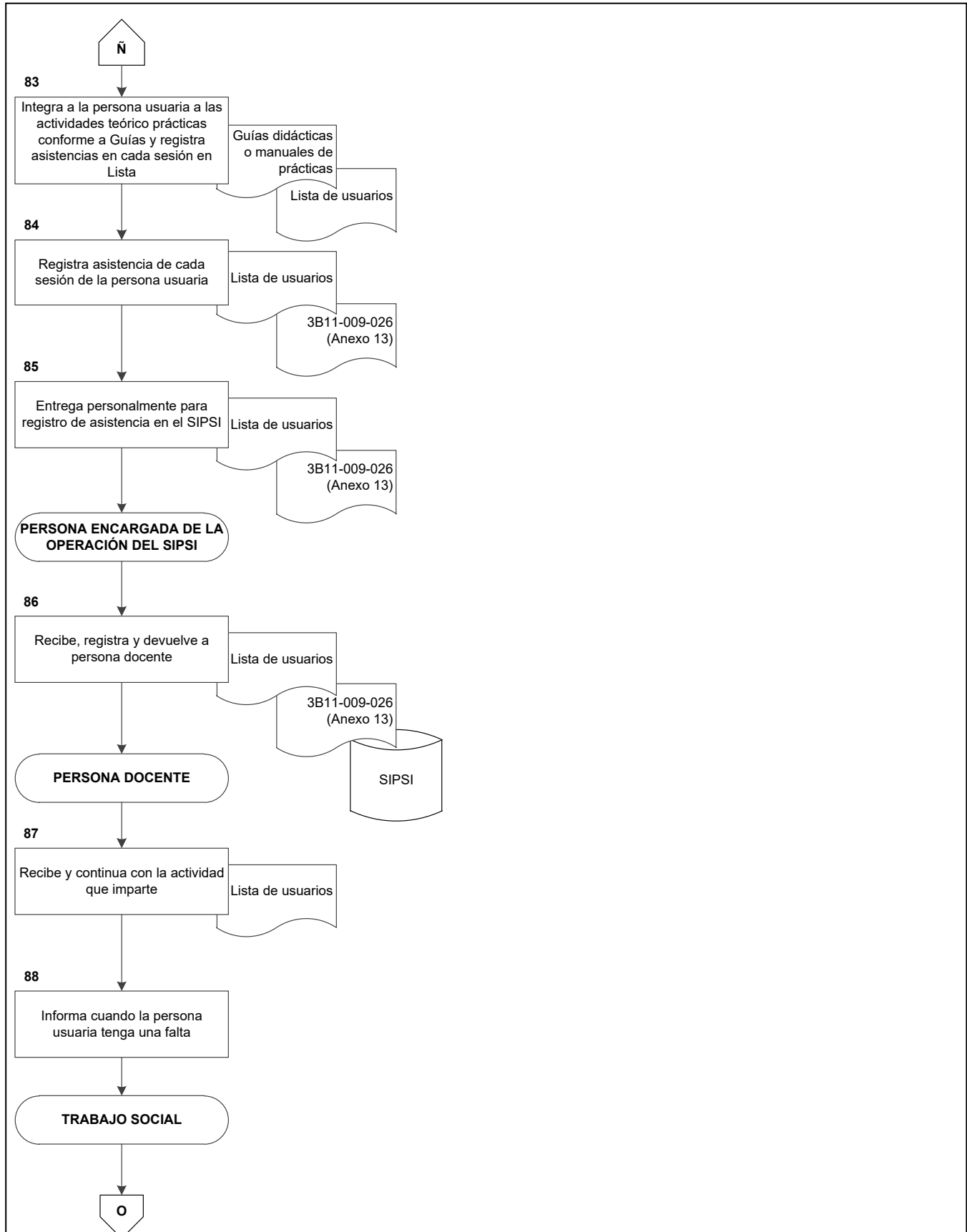


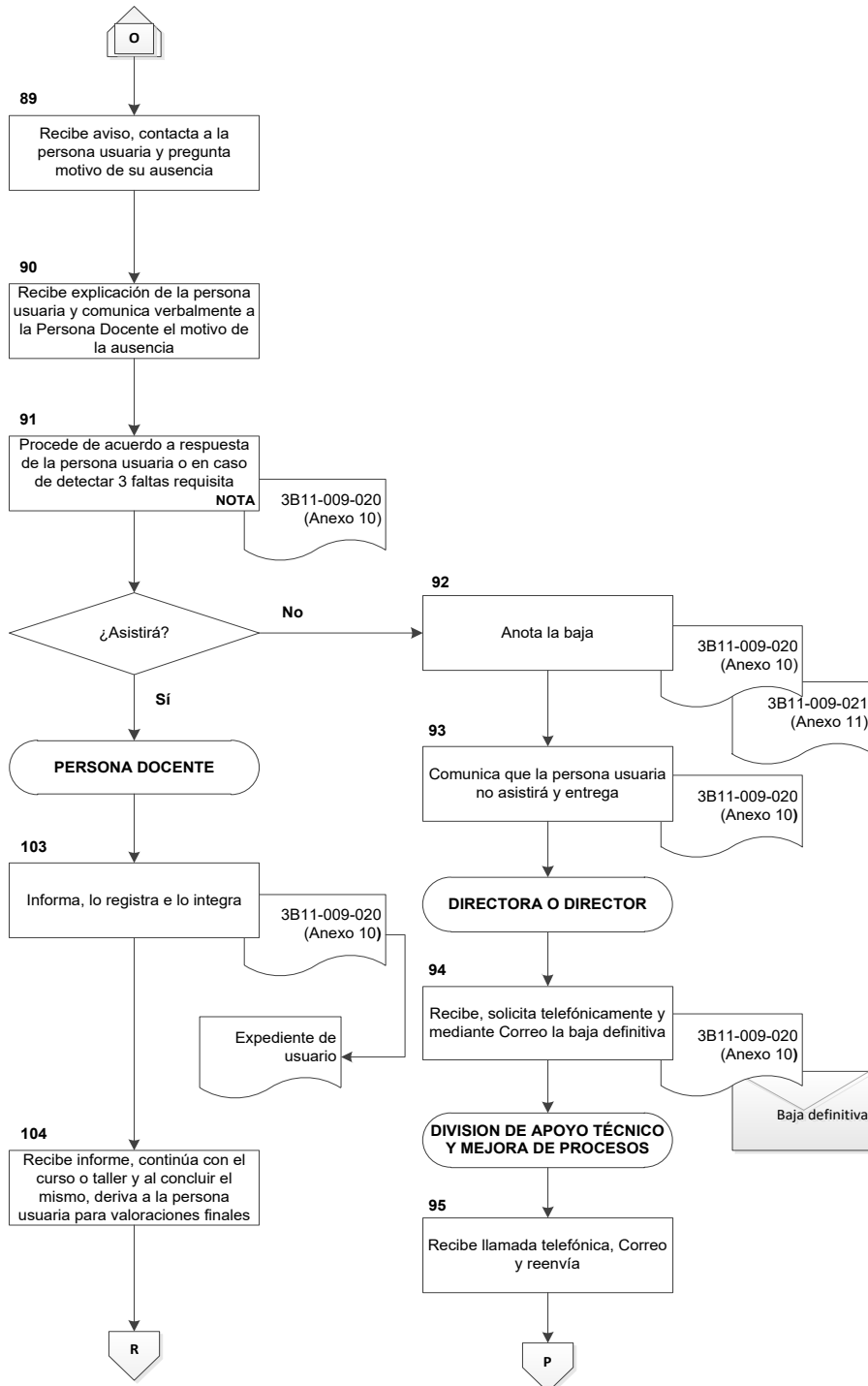


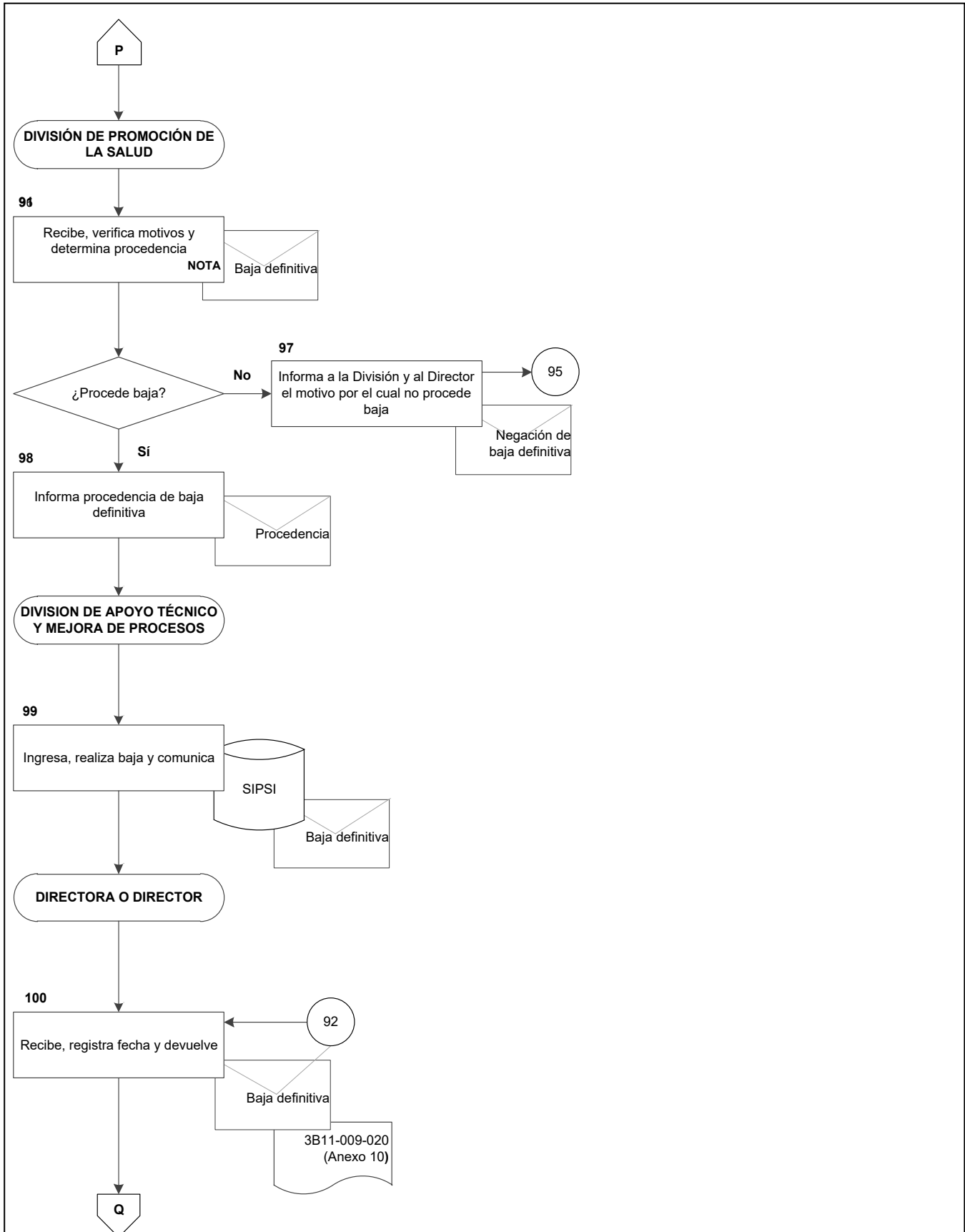


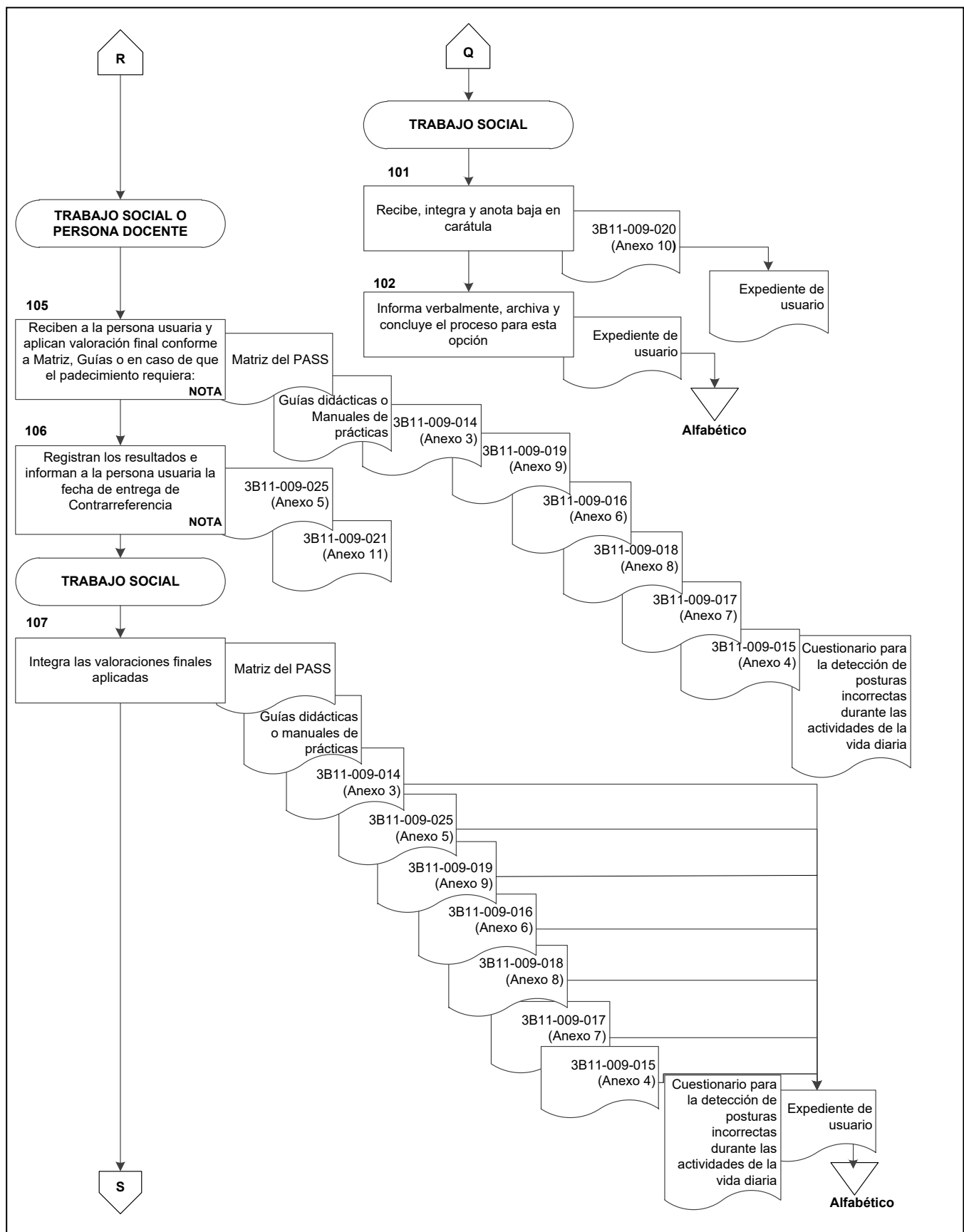


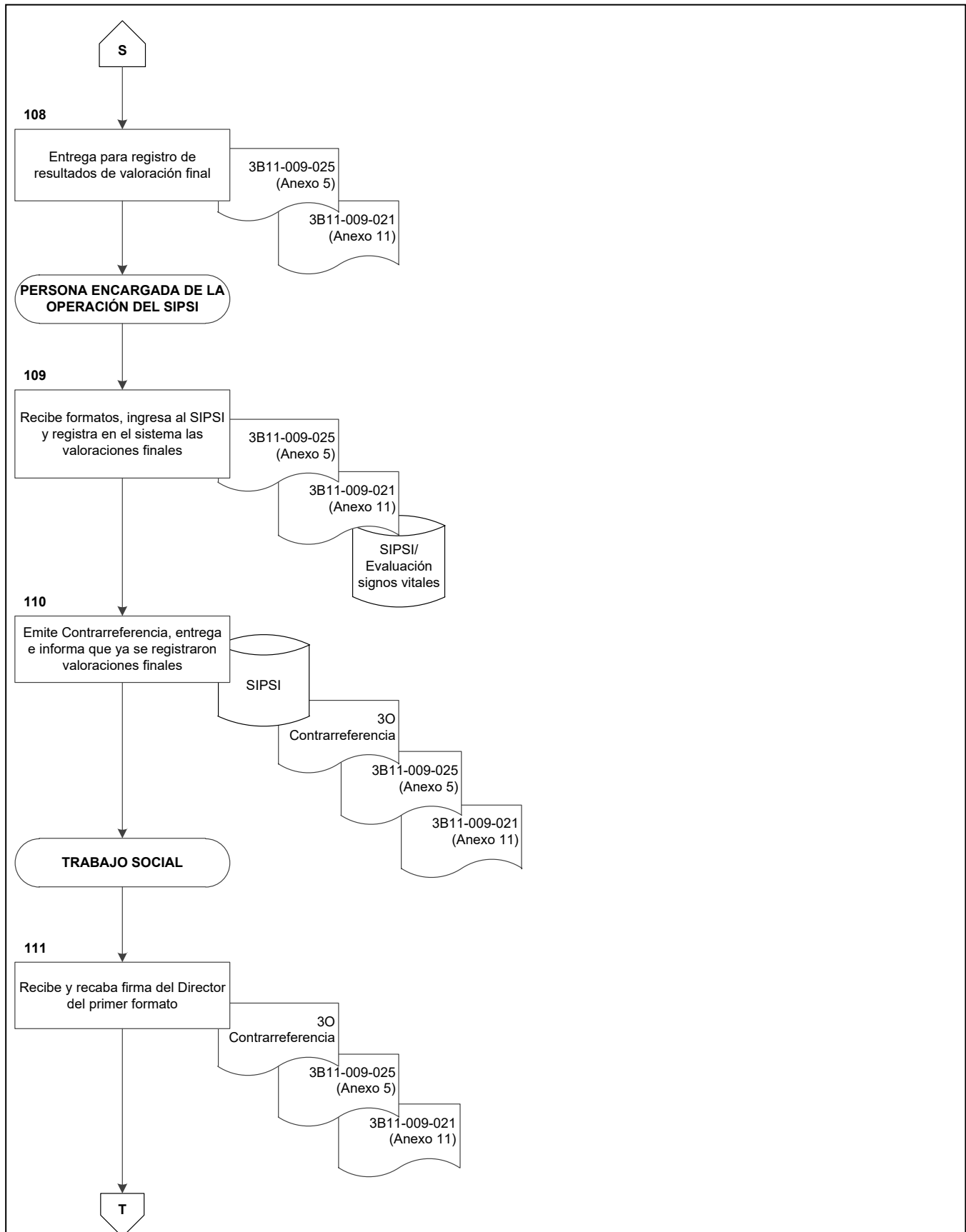


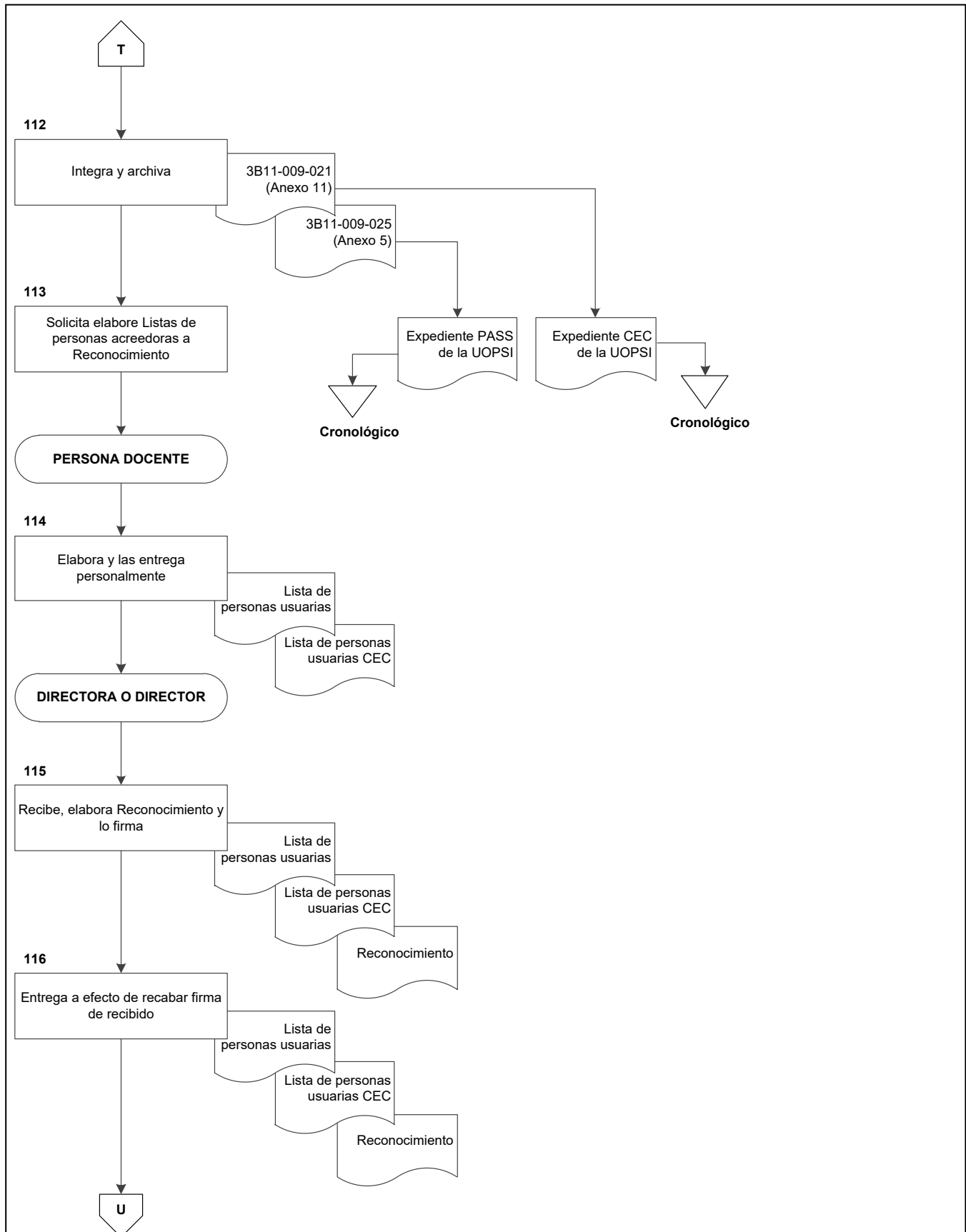


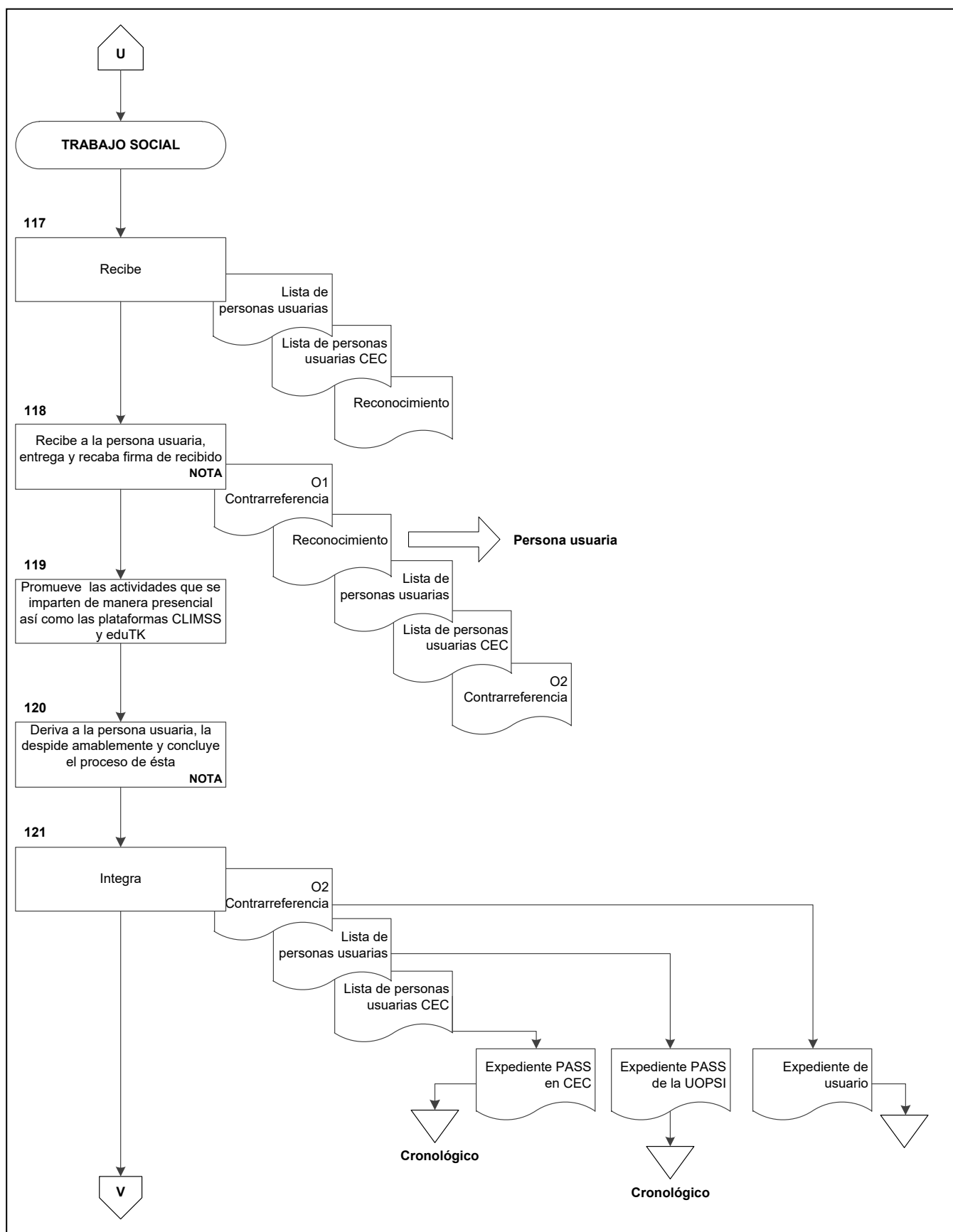


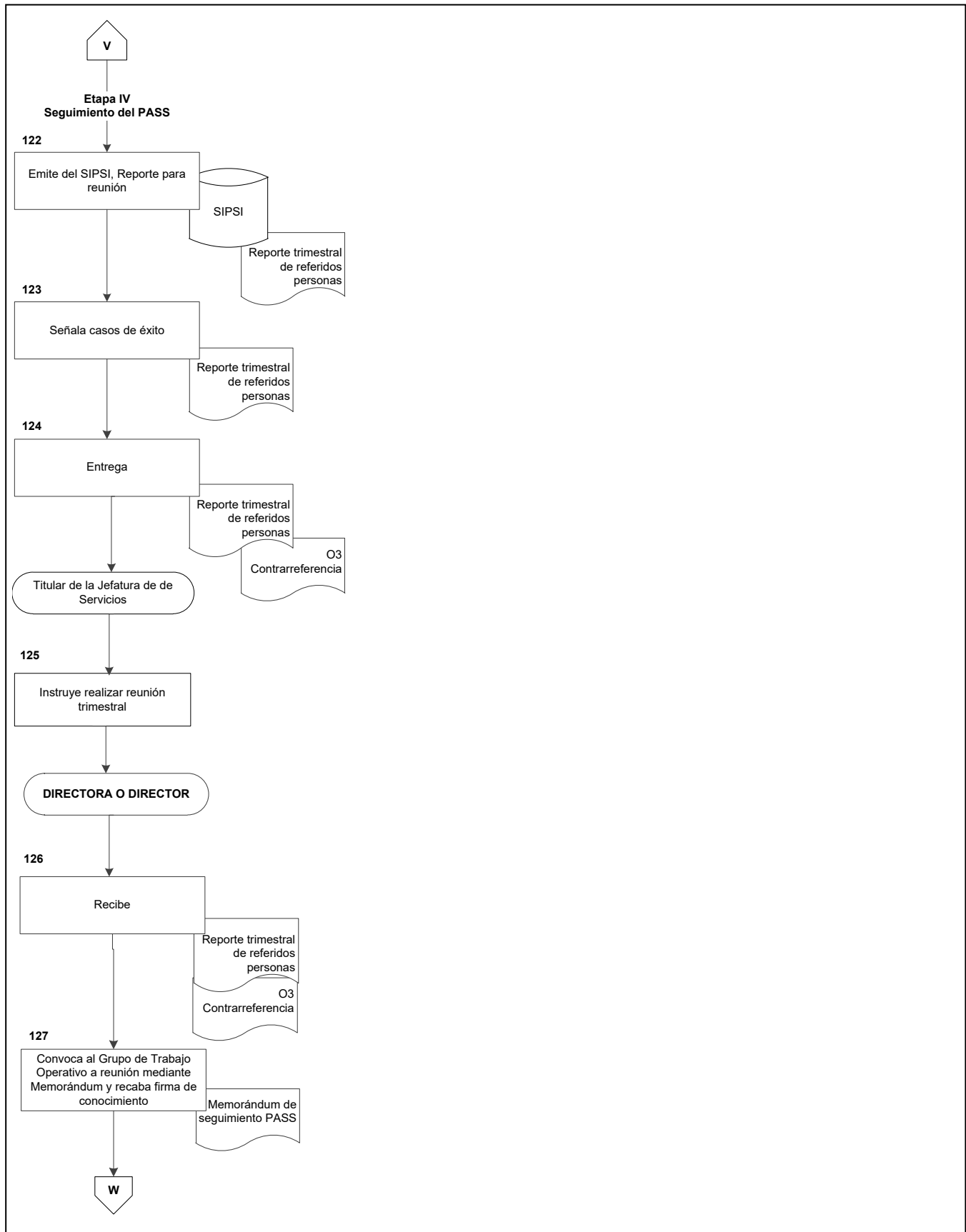


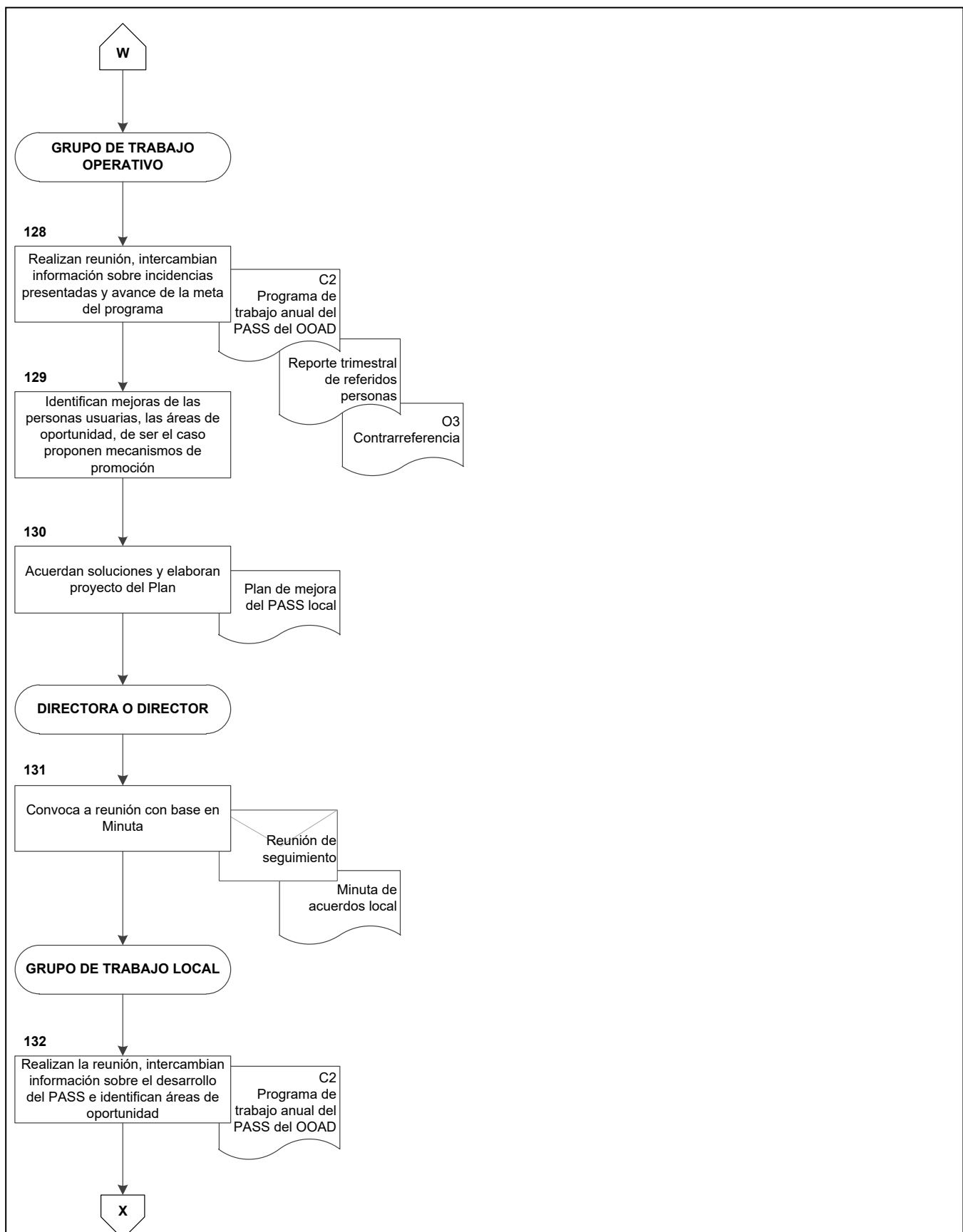


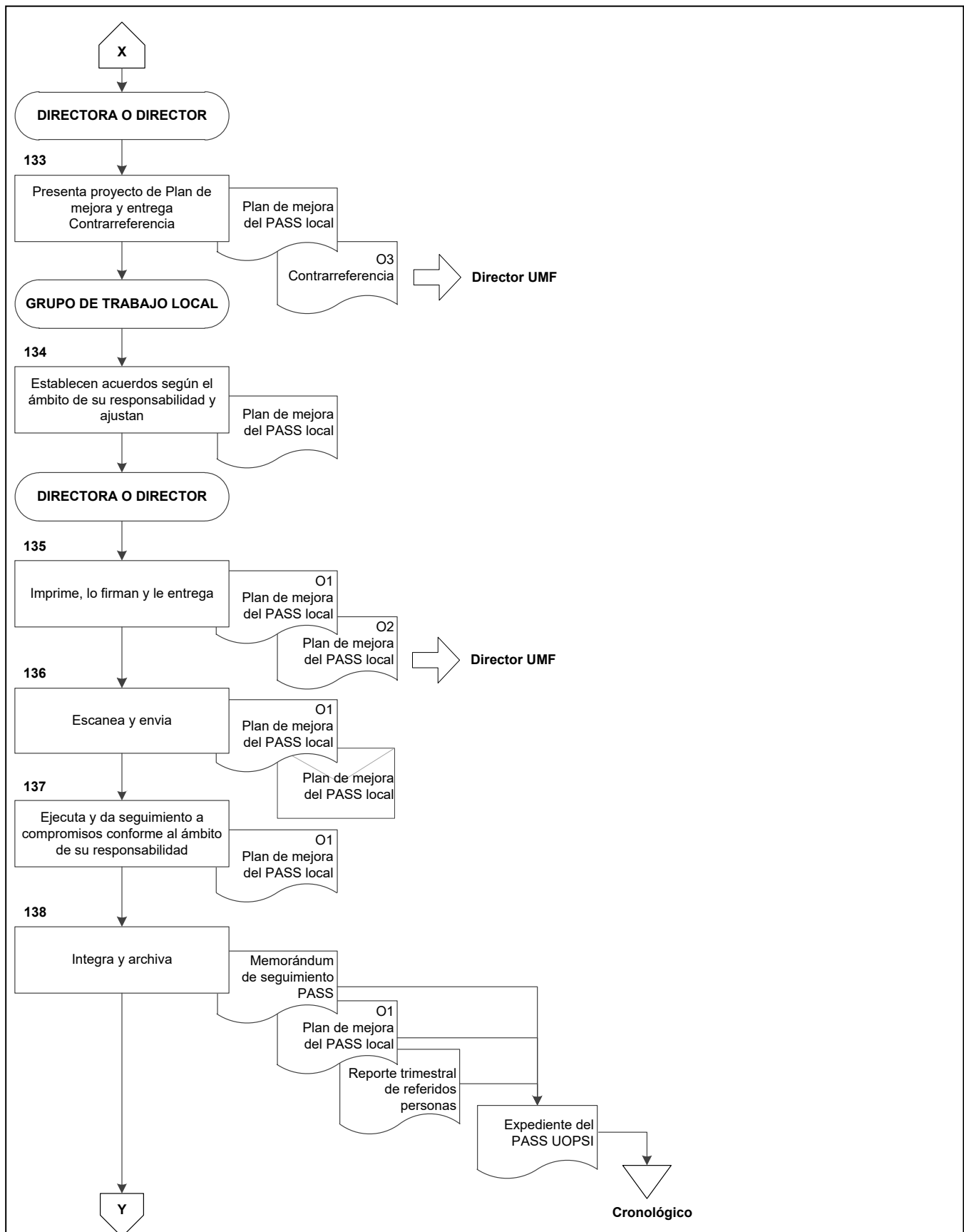


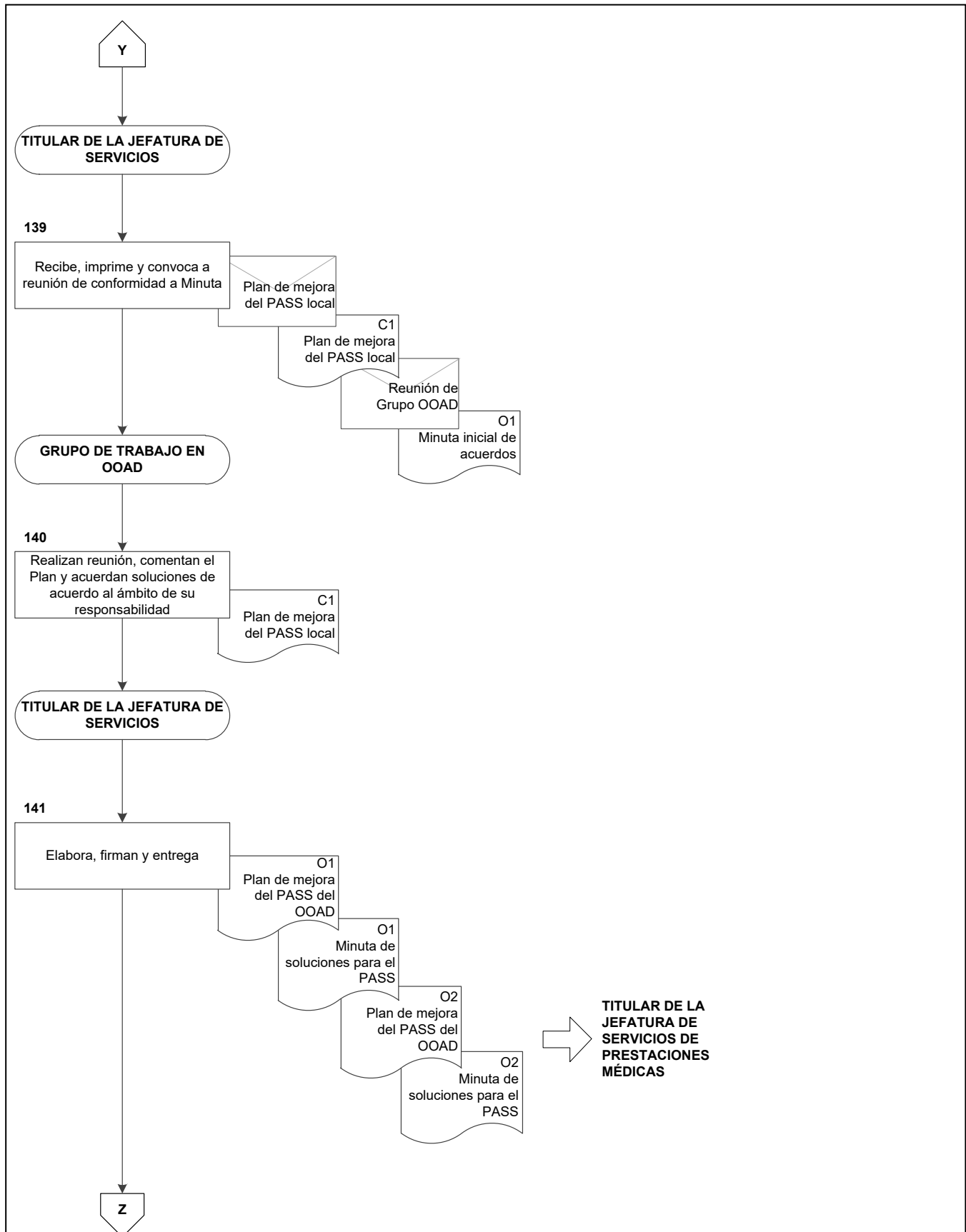


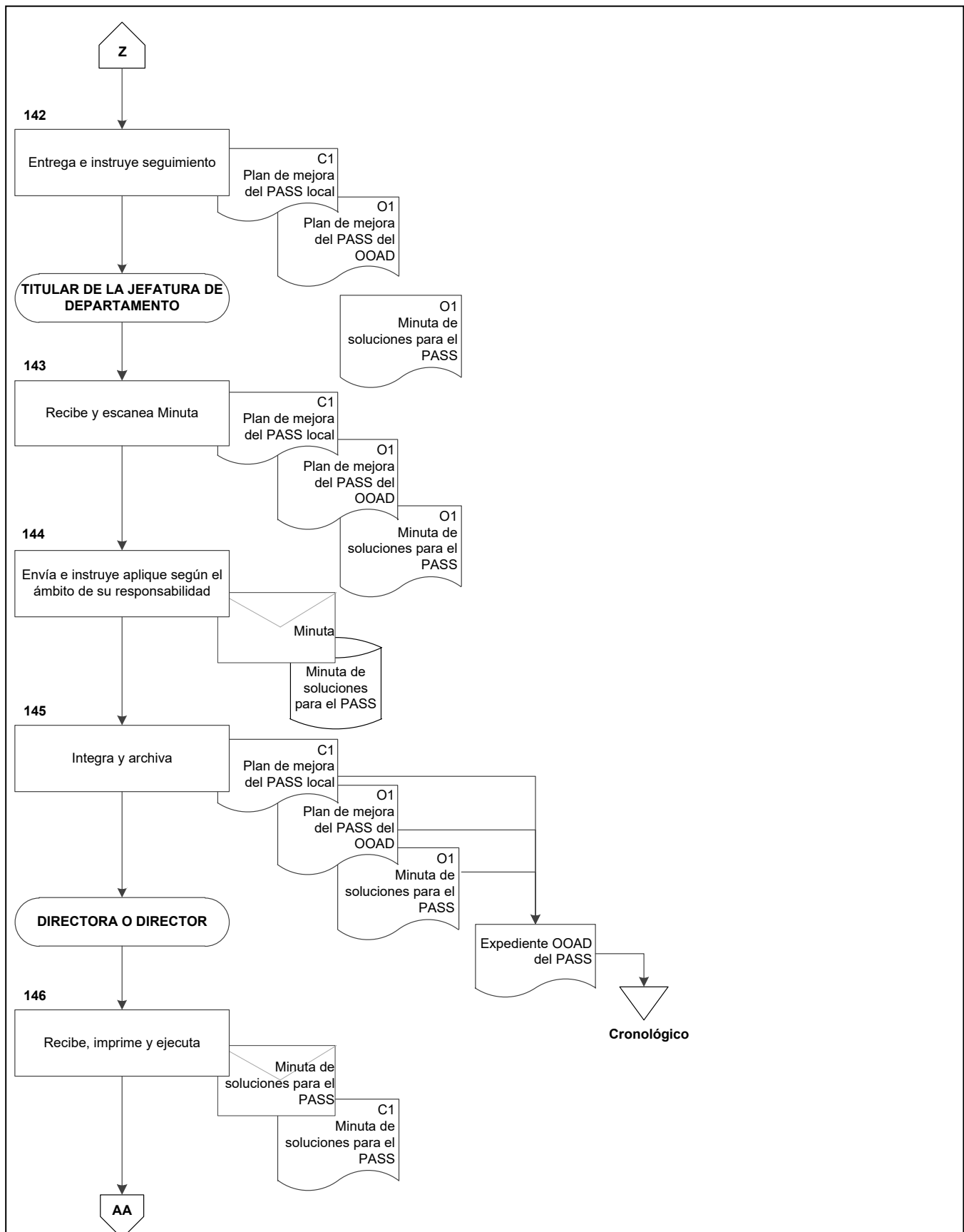


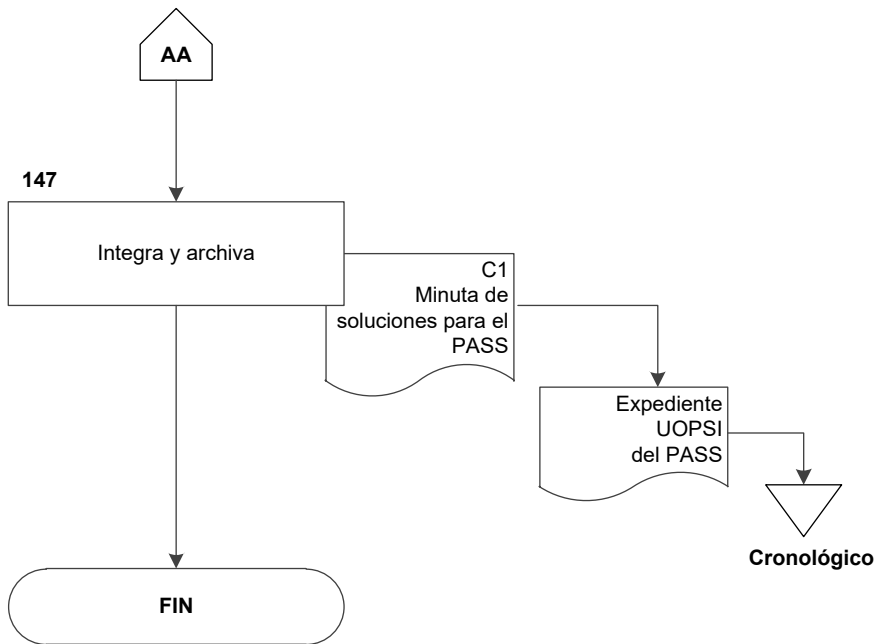














ANEXO 1

**Bitácora de trabajo social
3B11-009-023**



ANEXO 1
Bitácora de trabajo social
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	UOPSI	El nombre de la Unidad Operativa de Prestaciones Sociales Institucionales.
2	Periodo	(dd/mm/aaaa) en que se reporta.
3	No	El número consecutivo.
4	Nombre	Apellido paterno, materno, nombre de la persona usuaria referida.
5	NSS	El número de Seguridad Social de la persona referida.
6	Tel	El número telefónico de la persona referida.
7	Pad	Nombre del padecimiento por el cual la persona fué referida a la UOPSI.
8	UMF	Unidad de Medicina Familiar que refiere a la persona derechohabiente a la UOPSI.
9	Fecha	(dd/mm/aaaa) en que la unidad emite el Formato de referencia.
10	Médico que refiere	Apellido paterno, materno y nombre de la o el Médico querefiere a la persona derechohabiente.
11	Mat.	Número de matrícula de la o el Médico que refiere a la persona derechohabiente.
12	Consult	Número del consultorio en el que la persona referida es atendida en la Unidad de Medicina Familiar.
13	Turno	X en la opción que corresponda el horario de atención médica de la persona referida.
14	Fecha de entrevista en UOPSI	(dd/mm/aaaa) en que la Unidad recibe a la persona referida.

Clave: 3B11-009-023



No.	DATO	ANOTAR
15	Ingresa	Una X en la opción que corresponda si la persona referida ingresó o no al programa.
16	Nombre y firma de quien registra	Apellido paterno, materno, nombre(s) de la persona que registra a la persona referida.

Clave: 3B11-009-023



ANEXO 2

**Carta Compromiso
3B11-009-024**



Coordinación de Bienestar Social
Programa de Atención Social a la Salud

Carta Compromiso

1

Fecha ____/____/____.

Por medio de la presente:

2

Yo _____
Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno

3

Vivo con el diagnóstico de _____

y se me ha indicado por parte del médico tratante, integrarme al Programa de Atención Social a la Salud, por lo que me comprometo a cumplir con el 85% de la asistencia y participar activa y responsablemente en las actividades del programa; así como colaborar para mejorar mis valoraciones de salud.

Enterado que, en caso de no cumplir lo anterior, seré dado de baja y podré reincorporarme con una nueva referencia al trimestre siguiente.

Firmas

4

Persona usuaria

5

Trabajo social

Clave: 3B11-009-024



ANEXO 2
Carta compromiso
INSTRUCTIVO DE LLENADO

NO.	DATO	ANOTAR
1	Fecha	(dd/mm/aaaa) en que se firma.
2	Yo	Apellido paterno, materno y nombre de la persona usuaria referida.
3	Vivo con el diagnóstico de	El padecimiento por el cual la persona fue referida.
4	Persona usuaria	La firma de la persona usuaria referida.
5	Trabajo Social	La firma de Trabajo Social.



ANEXO 3

**Cédula de diagnóstico de población en las UOPSI
3B11-009-014**



Cédula de diagnóstico de población en las UOPSI

Estimado usuario: le invitamos a responder de manera breve esta encuesta

OBJETIVO

Recabar información de las personas usuarias de los Centros de Seguridad Social, para valorar los riesgos de salud que presentan, con la finalidad de ofrecer estrategias que permitan garantizar una atención eficiente y de acuerdo a las necesidades.

AVISO DE PRIVACIDAD

Se hace de su conocimiento que los datos que solicitamos están protegidos conforme a la fracción II del artículo 22 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, relativo a facultades propias, compatibles o análogas con la finalidad que motivó el tratamiento de los datos personales; así como para atender requerimientos de información de una autoridad competente, que estén debidamente fundados y motivados.

1. Ficha de identificación		Fecha de aplicación: 1
Nombre: 2	Sexo: Femenino () Masculino ()	Edad:
¿Cuál es su estado civil?: Soltero(a) () Casado(a) () Vive en Unión Libre () Separado/divorciado () Viudo(a) ()		
Nivel de educación más alto que ha alcanzado Primaria () Secundaria () Preparatoria/bachillerato () Licenciatura () Carrera técnica () Posgrado ()		¿Habla alguna lengua indígena?: Si () → ¿cuál? 3 No ()
Tiempo promedio que tarda en trasladarse a la Unidad () 5 a 10 minutos () 10 a 30 minutos () más de 30 minutos		¿Qué transporte utiliza para trasladarse a la Unidad? () Caminando o en bicicleta () Automóvil o motocicleta propio () Transporte público () Taxi o servicio de transporte privado
Horario en el cual se le posibilita asistir a cursos/talleres recreativos y educativos () Matutino 09-14hrs () Vespertino 14-20hrs		¿Cuál de las siguientes opciones describe su actividad laboral en los últimos 12 meses? () Trabajador(a) o empleado(a) () Desempleado(a) () Comerciante informal () Trabajador(a) independiente () Amo(a) de casa () Jubilado/Pensionado(a) () Trabajador(a) IMSS () Estudiante

Nombre de la Unidad:

2. Antecedentes 4			
Peso:	Estatura:	Cintura:	IMC:
Circule la figura que mejor represente su imagen corporal actual		Circule la figura que mejor represente la imagen corporal que desearía tener	
¿El personal médico le ha diagnosticado que vive con alguna de las siguientes condiciones? (Marque todas las que correspondan)			
☐ Diabetes Mellitus ☐ Hipertensión arterial ☐ Sobrepeso y obesidad ☐ VIH/SIDA ☐ Cáncer o tumores ☐ Insuficiencia renal crónica ☐ Enfermedad hepática ☐ Enfermedad pulmonar o asma ☐ Trastornos neurológicos ☐ Enfermedad mental ☐ Otra _____			

Clave: 3B11-009-014



1. Hábitos en la vida cotidiana

En una semana, ¿Cuántas días come frutas? _____ ¿Cuántas raciones de fruta come esos días? _____ (Una ración es equivalente a una manzana, una pera, 1 vaso de fruta)
En una semana, ¿Cuántas días come verduras? _____ ¿Cuántas raciones de verduras come esos días? _____ (Una ración es equivalente a 1 vaso de verduras o un tazón sopero)
¿Cuántas veces por semana come alimentos que no fueron preparados en casa? (por comida se refiere a desayuno, comida o cena) _____
En los últimos 6 meses ¿Fuma usted algún producto de tabaco como cigarrillos, puros, pipas o derivados? () Si () No ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? _____
Actualmente ¿Consumo alguna bebida alcohólica como cerveza, vino, aguardiente, mezcal, pulque u otro producto? () Si () No Su consumo de alcohol le causa algún problema (traumatismos o accidentes, problemas en las relaciones como resultado del uso, relaciones sexuales de riesgo, problemas legales o económicos, violencia, deficiencia en escuela o empleo) () Si () No
Alguna vez en su vida ¿ha consumido, usado o probado algún tipo de droga? () Si () No Su consumo de sustancias psicoactivas le causa algún problema (traumatismos o accidentes, problemas en las relaciones como resultado del uso, relaciones sexuales de riesgo, problemas legales o económicos, violencia, deficiencia en escuela o empleo) () Si () No
Realiza actividad física moderada (caminar, bailar, tareas domésticas, actividades recreativas, paseos con animales, en otros) Si _____ ¿Cuál Actividad? _____ Minutos _____
Realiza actividad física vigorosa (correr, ejercicio aeróbico, andar en bicicleta, deportes, entre otros) Si _____ ¿Cuál Actividad? _____ Minutos _____

2. Higiene Mental

Durante las últimas dos semanas, ¿Qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	
Poco interés o placer en hacer cosas	☐ Ninguna ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días
Se ha sentido decaída (o), deprimida (o) o sin esperanzas	☐ Ninguna ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días
Durante las últimas dos semanas, ¿Qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	
Me he sentido nerviosa (o)	☐ Ninguna ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días
Me sentido incapaz de controlar mis preocupaciones	☐ Ninguna ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días
Me he sentido tan inquieta(o) que no he podido quedarme quieta (o)	☐ Ninguna ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días
He tenido dificultad para relajarme	☐ Ninguna ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días
He tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	☐ Ninguna ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días

1. Limitaciones y discapacidad

En su actividad diaria ¿cuánta dificultad tiene para?:				
	No tiene dificultad	Lo hace con poca dificultad	Lo hace con mucha dificultad	No puede hacerlo
Ver, aun usando lentes				
Oír, aun usando aparato auditivo				
Caminar, subir o bajar escaleras				
Recordar o concentrarse				
Bañarse, vestirse o comer				
Hablar o comunicarse (por ejemplo: entender o ser entendido por otros)				
¿Tiene algún problema o condición mental? (Autismo, síndrome de Down, esquizofrenia, etc...)		Si _____ No _____		

Clave: 3B11-009-014



1. Informes

¿Te gustaría recibir información de la fecha y horarios de apertura de cursos?

- ☐ Si
☐ No

En caso de querer recibir información de la apertura de los cursos, proporciónenos alguno de los siguientes datos de contacto:

- ☐ Correo electrónico:
☐ Número de teléfono (Particular o Celular):

5

6

Persona evaluadora:

7

Firma:

8

Agradecemos por el tiempo dedicado a contestar esta encuesta.

Clave: 3B11-009-014



ANEXO 3
Cédula de diagnóstico de población en las UOPSI
INSTRUCTIVO DE LLENADO

NO.	DATO	ANOTAR
1	Fecha de aplicación	Día/Mes/Año en que se aplica.
2	Nombre	Apellido Paterno, Apellido materno, nombre de la persona usuaria.
3	Respuestas	Una X la respuesta que corresponda, rellenar la respuesta solicitada.
4	Antecedentes	El Peso en Kg, estatura en cm, cintura en cm e IMC en kg/m ²
5	Correo electrónico	El correo electrónico de la persona usuaria.
6	Número de teléfono	El número de teléfono de la persona usuaria.
7	Persona Evaluadora	Apellido paterno, apellido materno y nombre de quien evalúa.
8	Firma	La firma de la persona responsable de llenar formato.

Clave: 3B11-009-014



ANEXO 4

**Ficha de registro y seguimiento de la condición física saludable
3B11-009-015**



Ficha de registro y seguimiento de la Condición Física Saludable

Instrucciones: Este formato deberá ser llenado por el docente o instructor deportivo; El coordinador del PNAFIS*, con este mismo formato, elaborará un informe general a la Coordinación Técnica de Cultura Física y Deporte a través de la División de Cultura Física y Deporte.

Procedencia:		Unidad operativa:		Nombre del docente o instructor deportivo		CURP	
OOAD:		1		2		3	
Datos del usuario:		Apellido paterno		Apellido materno		Edad (años)	
Nombre		4		5		6	
Fecha de nacimiento		7		8		9	
CURP		10		11		12	
Medidas antropométricas y composición corporal							
Mediciones		Fecha de medición		IMC		Circunf. cintura	
No.		dd mm		peso/estatura2		cadera	
Inicial		12		Valor		Valor	
2da.		13		14		15	
3ra.		16		17		18	
Índice cintura/cadera		Valor		Índice de riesgo		Grasa corporal	
19		20		21		22	
Grasa subcutánea		Grasa visceral		Grasa corporal		Grasa muscular	
23		24		25		26	
Grasa subcutánea		Grasa visceral		Grasa corporal		Grasa muscular	
27		28		29		30	
Grasa subcutánea		Grasa visceral		Grasa corporal		Grasa muscular	
31		32		33		34	
Pruebas de valoración de la condición física para la salud							
Flexibilidad		Fuerza en abdomen		Fuerza en brazos		Fuerza en piernas	
1 intento		Abdominales		Lagartijas		Sentadillas	
Valor		Valor		Valor		Valor	
26		27		28		29	
Nivel		Nivel		Nivel		Nivel	
30		31		32		33	
34		35		36		37	

Elaboró

33

Docente o instructor deportivo en la unidad operativa
Nombre y firma

* Programa Nacional de Activación Física para la Salud IMSS
* Valores emitidos por báscula electrónica de composición corporal

Validó

34

Director de la unidad operativa
Nombre y firma

Clave: XXX-XXX-XXX



ANEXO 4
Ficha de registro y seguimiento de la condición física saludable
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	OOAD	El nombre del Órgano de Operación Administrativo Desconcentrado
2	Unidad operativa	El nombre de la unidad operativa, anteponiendo CSS, UD, CECHEM.
3	Nombre de la persona Docente	Apellido paterno, materno y nombre de la persona docente o persona instructor deportivo que realizó las mediciones.
4	Nombre	El o los nombres de la persona usuaria.
5	Apellido paterno	El de la persona usuaria.
6	Apellido materno	El de la persona usuaria.
7	Fecha de nacimiento (dd)	El día correspondiente al nacimiento.
8	Fecha de nacimiento (mm)	El número del mes de nacimiento.
9	Fecha de nacimiento (aaaa)	El año de nacimiento, registrarlo en 4 dígitos.
10	Edad (años)	La edad cumplida del participante en la fecha en que se realizó la medición.
11	CURP	La Clave Única de Registro de Población de la persona usuaria.
12	Fecha de medición	(dd/mm/aaaa) en la que se realizó la medición en proceso de registro (Primera, 2da., 3ra.).
13	Estatura (mts)	La de la persona usuaria expresada en metros más decimales. Ejemplo 165 centímetros = 1.65 mts.

Clave: 3B11-009-015



ANEXO 4

Ficha de registro y seguimiento de la condición física saludable INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
14	Peso (kg)	El de la persona usuaria correspondiente a la fecha de evaluación, expresada en kilos más gramos.
15	IMC	El índice de masa corporal emitido por la báscula electrónica de composición corporal o el obtenido por cálculos realizados al aplicar la formula (IMC= kg/m ²).
16	Circunf. cintura (cm)	El dato obtenido al realizar la medición de la circunferencia de la cintura, empleando una cinta métrica. Anotar resultado en centímetros.
17	Circunf. cadera (cm)	El dato obtenido al realizar la medición de la circunferencia de la cadera, empleando una cinta métrica. Anotar resultado en centímetros.
18	Índice cintura/cadera	El resultado que se obtiene dividiendo la circunferencia de la cintura en cm entre la circunferencia de la cadera en cm, además de incorporar la interpretación del resultado.
19	Grasa corporal	El dato emitido por la báscula electrónica de composición corporal.
20	Grasa subcutánea	El dato emitido por la báscula electrónica de composición corporal.
21	Grasa visceral	El dato emitido por la báscula electrónica de composición corporal.
22	Agua corporal	El dato emitido por la báscula electrónica de composición corporal.
23	Masa muscular	El dato emitido por la báscula electrónica de composición corporal.

Clave: 3B11-009-015



ANEXO 4
Ficha de registro y seguimiento de la condición física saludable
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
24	Masa ósea	El dato emitido por la báscula electrónica de composición corporal.
25	Edad metabólica	El dato emitido por la báscula electrónica de composición corporal.
26	Flexibilidad – 1 intento	En la columna de valor, el alcance logrado (alcance: espinilla, empeine o punta del pie) y el nivel (A, B, o C).
27	Fuerza en abdomen – Abdominales	En la columna de valor, el número de abdominales realizadas en un minuto y el nivel alcanzado (A, B, o C).
28	Fuerza en brazos – Lagartijas	En la columna de valor, el número de lagartijas realizadas en un minuto y el nivel alcanzado (A, B, o C).
29	Fuerza en piernas – Sentadillas	En la columna de valor, el número de sentadillas realizadas en un minuto y el nivel alcanzado (A, B, o C).
30	Intensidad del esfuerzo	El resultado obtenido de la aplicación del método Karvonen y determinado por el nivel alcanzado hasta el momento (A, B, o C).
31	Puntuación total	El total de puntos obtenidos en la evaluación.
32	Nivel de condición física para la salud	El nivel de programa obtenido por la persona usuaria (A, B, o C), después de realizar la ponderación en cada prueba.
33	Docente o instructora o instructor deportivo	Apellido paterno, materno y nombre de la persona docente o persona instructor deportivo, que elaboró la ficha, y su firma.
34	Directora o Director de la unidad operativa	Apellido paterno, materno y nombre de la persona Titular de la Dirección y su firma.

Clave: 3B11-009-015



Interpretación de resultados

Grupo de atención:

- Crónico Degenerativas
- Higiene de columna
- Modelo Preventivo de Enfermedades Crónicas

¿Cómo iniciar un programa personalizado de activación física?

Estos cinco sencillos pasos te ayudarán:

1 Conoce tu estado general de salud.

Para saber si puedes hacer ejercicio, escanea y contesta el cuestionario que encontrarás.



NO

SI

Indica si puedes

Valoración médica

*(FARQ, versión adaptada del IMSS)

2 Aprende a tomar tu pulso y conoce tu frecuencia cardíaca

Localiza tu pulso en la parte lateral del cuello o en la base de tu mano (con la palma hacia arriba).

Usa tus dedos índice y medio (nunca el pulgar). Cuenta tus pulsaciones (latidos) durante 15 segundos y multiplícalos por 4, así obtendrás tu frecuencia cardíaca en reposo.



Ejemplo:
 $FCR = 22 \times 4 = 88$ latidos por minuto.

3 Realiza 5 pruebas para conocer tu valoración física

Prueba 1



- Toma tu pulso en reposo.
- Camina 10 minutos.
- Toma tu pulso inmediatamente después de la actividad.
- Toma tu pulso 1 minuto después del esfuerzo.

Paso 1: $220 - \text{edad años} = \text{Frecuencia cardíaca máxima}$

Paso 2: Sentado(a) sin cruzar piernas # latidos durante 15 segundos $\times 4 =$ Frecuencia cardíaca en reposo (FC reposo)

Paso 3: $FC \text{ máx} - FC \text{ reposo} = FC \text{ esperada}$

Paso 4: El resultado de la operación anterior se multiplica por la intensidad del esfuerzo (porcentaje) $FC \text{ esperada} = (FC \text{ máx} - FC \text{ reposo}) \times \% \text{ intensidad}$

Paso 5: El resultado anterior + FC reposo
 $FC \text{ esperada} = [(FC \text{ máx} - FC \text{ reposo}) \times \% \text{ intensidad}] + FC \text{ reposo}$

INTENSIDAD

ESECTO

Máxima 90-100%	En atletas, entrenados ayuda a mejorar la velocidad.
Elevada 80-90%	Mejora la capacidad aeróbica en sesiones cortas.
Moderada 70-80%	Mejora el rendimiento aeróbico.
Baja 60-70%	Mejora la resistencia y ayuda a quemar grasas.
Muy baja 50-60%	Contribuye a una mejor recuperación.

Ejemplo: Una persona de 20 años

$220 - 20 = 200$ latidos/minuto

Ejemplo: $20 \times 4 = 80$ latidos

Ejemplo: $200 - 80 = 120$ latidos / minuto

Ejemplo: Intensidad del 50%, FC

esperada = $120 \times 50 = 60$ latidos / minuto

Ejemplo: $60 + 80 = 140$ latidos / minuto

140 latidos / minuto, es la frecuencia cardíaca a la que debes llegar durante la rutina.

Si quieres aumentar sistemáticamente tu intensidad, substituye el 50% a la intensidad del esfuerzo (porcentaje).

Clave: 3B11-009-015



Requisitos para realizar las pruebas físicas

Haber llenado el cuestionario de detección rápida de impedimentos para realizar ejercicio, disponible en el siguiente código QR:



- No haber estado enfermo en las últimas 72 horas.
- Portar ropa deportiva (tenis, pants o short).
- No haber ingerido alcohol 48 horas antes de la prueba.
- No haber realizado ejercicio intenso 12 horas antes de la prueba.
- No haber comido ni bebido (especialmente productos con cafeína) 2 horas antes de la prueba.
- Haber dormido las horas que acostumbra normalmente (6-8 horas).
Dejar pasar por lo menos 2 horas después de haber ingerido alimentos

Referencias: "Evaluación de la capacidad física composición corporal "Millán M F"

Clave: 3B11-009-015



Calentamiento previo para la realización de las pruebas

Cuello:

- Rotación de cabeza hacia ambos lados.
- Movimiento de cabeza hacia enfrente y hacia atrás tocando la barbilla el pecho y la nuca en posición horizontal (simulando el movimiento de cabeza para expresar que sí).
- Movimientos de cabeza tocando con la barbilla el hombro derecho, alternando con el izquierdo (simulando el movimiento de cabeza para expresar que no).

Hombros:

- Rotación de hombros hacia delante y hacia atrás.
- Movimientos circulares hacia adelante y hacia atrás con los brazos extendidos.

Muñecas:

- Círculos con las muñecas a la derecha y a la izquierda.

Abdomen:

- Flexión de tronco al frente, las manos tocan las puntas de los pies.
- Flexión de tronco con las manos en dirección a los pies. (mano derecha, toca pie izquierdo, mano izquierda toca el pie derecho).

Cadera:

- Tronco recto con manos en la cintura realizar movimiento lateral de cadera a la izquierda y a la derecha.
- Tronco recto, manos en la cintura torsión de cadera a la izquierda y la derecha.
- Tronco recto manos en la cintura y movimientos de rotación a la derecha y a la izquierda.

Piernas:

- Flexión y extensión de piernas.
- Paso al frente con flexión de piernas alternadamente.

Tobillos:

- Movimientos circulares de tobillos hacia la derecha e izquierda alternadamente.
- Movimientos de tobillo hacia arriba y hacia abajo.

Nota:

Estos ejercicios de calentamiento se realizarán en 5 repeticiones con un mínimo de 10 minutos o más si se requiere.

Clave: 3B11-009-015



Interpretación de resultados

3 Realiza 5 pruebas para conocer tu valoración física

Prueba 1



- A) Toma tu pulso en reposo.
B) Camina 10 minutos.
C) Toma tu pulso inmediatamente después de la actividad.
D) Toma tu pulso 1 minuto después del esfuerzo.

Paso 1: $220 - \text{edad años} = \text{Frecuencia cardíaca máxima}$

Paso 2: Sentado(a) sin cruzar piernas # latidos durante 15 segundos $\times 4 =$ Frecuencia cardíaca en reposo (FC reposo)

Paso 3: $\text{FC máx} - \text{FC reposo} = \text{FC esperada}$

Paso 4: El resultado de la operación anterior se multiplica por la intensidad del esfuerzo (porcentaje) $\text{FC esperada} = (\text{FC máx} - \text{FC reposo}) \times \% \text{ intensidad}$

Paso 5: El resultado anterior + FC reposo
 $\text{FC esperada} = [(\text{FC máx} - \text{FC reposo}) \times \% \text{ intensidad}] + \text{FC reposo}$

Ejemplo: Una persona de 20 años

$220 - 20 = 200$ latidos/minuto

Ejemplo: $20 \times 4 = 80$ latidos

Ejemplo: $200 \text{ FCM} - 80 \text{ FCR} = 120$

latidos / minuto

Ejemplo: Intensidad del 50%, FC

esperada = $120 \times 50 = 60$ latidos / minuto

Ejemplo: $60 + 80 = 140$ latidos / minuto

140 latidos / minuto, es la frecuencia cardíaca al 50% de intensidad o esfuerzo al que debes llegar durante la rutina.

Si quieres aumentar tu intensidad, súlele gran el 10% a la intensidad del esfuerzo (porcentaje).

INTENSIDAD	EJEMPLO	ESECTO
Máxima 90-100%		En atletas entrenados ayuda a mejorar la velocidad.
Elevada 80-90%		Mejora la capacidad aeróbica en sesiones cortas.
Moderada 70-80%		Mejora el rendimiento aeróbico.
Baja 60-70%		Mejora la resistencia y ayuda a quemar grasas.
Muy baja 50-60%		Contribuye a una mejor recuperación.

3 Realiza 5 pruebas para conocer tu valoración física

Una vez.

Prueba 2



Flexibilidad

NIVEL	H	M
A	Españolas	
B	Empiñe del pie	
C	Puntos de los pies	

Prueba 3



Abdominales

NIVEL	H	M
A	20	13
B	21-30	14-23
C	+31	+24

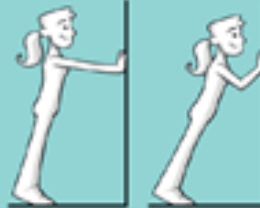
Prueba 4



Sentadillas

NIVEL	H	M
A	30	23
B	31-41	24-35
C	+42	+36

Prueba 5



Lagartijas

NIVEL	H	M
A	38	17
B	39-49	18-27
C	+50	+28

Clave: 3B11-009-015



4

Ubica tu nivel y la intensidad del esfuerzo de acuerdo al resultado de las pruebas:

		Flexibilidad		Abdominales		Sentadillas		Lagartijas	
Nivel		H	M	H	M	H	M	H	M
A	Espinillas			20	13	30	23	38	17
B	Empeine			21-30	14-23	31-41	24-35	39-49	18-27
C	Punta de los pies			+31	+24	+42	+36	+50	+28

Tabla de puntuación

A = 1 punto
B = 2 puntos
C = 3 puntos

Puntuación para determinar el Nivel de condición física para la salud

A	≤8	Inicia un programa de actividad física
B	9 - 11	Incrementa tu actividad física
C	12 a 15	Mantén tu condición física

Puntuación por Nivel

A	8 a 10	Inicia un programa de actividad física
B	11 a 15	Incrementa tu actividad física
C	16 a 19	Mantén tu condición física

Clave: 3B11-009-015



ANEXO 5

**Formato de valoración PASS
3B11-009-025**



ANEXO 5



FORMATO DE VALORACIÓN PASS

Instrucciones: registre únicamente las valoraciones correspondientes a su Grupo de Atención

Nombre: _____ 1

Número SIPSI: _____ 2 Número de Bitácora: _____ 3

Número de seguridad Social: _____ 4

MOTIVO DE ATENCIÓN: Sb/O ☐ DM ☐ HTA ☐ Salud Mental ☐ Higiene Columna ☐ Por un peso saludable ☐ 5
MPEC ☐

Valoraciones

VALORES	Basal	Final
Fecha aplicación (dd/mm/aaaa)	6	
Peso (Kg)	7	
Cintura (cm)	8	
Estatura (m)	9	
Nivel de condición física para la salud	10	
Capacidad física: flexibilidad	11	
Capacidad física: fuerza abdominal	12	
Capacidad física: fuerza en piernas	13	
Capacidad física: fuera en brazos	14	
Inventario de depresión de Beck	15	
Inventario de ansiedad de Beck	16	
Test de hábitos de alimentación	17	

Valoraciones "Por un peso saludable"

VALORES	Basal	Final
Sexo	F() 18	M() 18
Edad (años)	19	
Peso (Kg)	20	
Cintura (cm)	21	
Estatura (m)	22	
IMC (kg/m ²)	23	
Condición corporal	24	
Háb. alimentación	25	

Calidad de Vida

VALORES	Basal	Final
Fecha de aplicación	26	
Forma física	27	
Sentimientos	28	
Actividades sociales	29	
Actividades cotidianas	30	
Cambios en el estado de salud	31	
Estado de salud	32	
Dolor	33	

Higiene de Columna

VALORES	Basal	Final
Fecha de aplicación	34	
PS: acostado	35	
PS: sentado	36	
PS: de pie	37	
PS: labores domésticas	38	
PS: al cargar	39	
PS: ejercicio físico	40	

PS= Posturas saludables

Nombre y Firma del Usuario, o madre/padre/tutor _____ 41

Nombre y Firma de quien aplica Basal: _____ 42

Nombre y Firma de quien aplica Final: _____ 43

Nombre, Firma y Fecha Vo. Bo. del Director o Encargado de la UOPSI: _____ 44

Clave: 3B11-009-025



ANEXO 5
Formato de valoración PASS
INSTRUCTIVO DE LLENADO

Llenar únicamente las casillas correspondientes al grupo de atención, este formato únicamente será válido con el nombre, firma, fecha del Director.

NO.	DATO	ANOTAR
1	Nombre	Apellido paterno, materno y nombre de la persona usuaria.
2	Número SIPSI	La clave asignada por el SIPSI.
3	Número de bitácora	El número correspondiente a la bitácora.
4	Número de Seguridad Social	El número de seguridad social correspondiente al usuario.
5	Motivo de atención	El padecimiento por el cual acude Sb/o: sobrepeso y obesidad, DM: diabetes mellitus, HTA: hipertensión arterial sistémica.
6	Fecha de aplicación	(dd/mm/aaaa) en que se realiza la valoración.
7	Peso (Kg)	El peso en kilogramos del usuario.
8	Cintura (cm)	La medición de la cintura en centímetros.
9	Estatura (m)	La medición de la estatura en metros.
10	Nivel de condición física para la salud	El resultado de valoración
11	Capacidad Física: Flexibilidad	El resultado de valoración
12	Capacidad Física: Fuerza abdominal	El resultado de valoración
13	Capacidad física: Fuerza en piernas	El resultado de valoración.
14	Capacidad física: Fuerza en brazos	El resultado de valoración

Clave: 3B11-009-025



**Formato de valoración PASS
INSTRUCTIVO DE LLENADO**

Los reactivos 15 a 23 únicamente serán llenados en el grupo de atención "Por un peso saludable"

NO.	DATO	ANOTAR
15	Inventario de depresión de Beck	El resultado de valoración
16	Inventario de ansiedad de Beck	El resultado de valoración
17	Test hábitos de alimentación	El resultado de valoración
18	Sexo	Una X en el sexo que corresponda de la persona usuaria referida.
19	Edad (años)	La edad en años de la persona usuaria referida.
20	Peso (Kg)	El peso en kilogramos de la persona usuaria referida.
21	Cintura (cm)	La medición de la cintura en centímetros.
22	Estatura (m)	La medición de la talla en metros.
23	IMC (kg/m ²)	El resultado del índice de masa corporal de la persona usuaria referida.
24	Condición corporal	El resultado de la valoración de condición corporal de la persona usuaria referida.
25	Hab. Alimentación	El resultado del cuestionario de hábitos de alimentación por un peso saludable.
26	Calidad de vida Fecha de aplicación	(dd/mm/aaa) en que se realizó la valoración.
27	Forma física	La valoración de forma física de acuerdo al resultado del test COOP/WONCA.

Clave: 3B11-009-025



**Formato de valoración PASS
INSTRUCTIVO DE LLENADO**

NO.	DATO	ANOTAR
28	Sentimientos	La valoración de sentimientos de acuerdo al resultado del test COOP/WONCA.
29	Actividades Sociales	La valoración de actividades sociales de acuerdo al resultado del test COOP/WONCA.
30	Actividades cotidianas	La valoración de actividades cotidianas de acuerdo al resultado del test COOP/WONCA.
31	Cambios en el estado de salud	La valoración de estado de salud de acuerdo al resultado del test COOP/WONCA.
32	Estado de salud	La valoración de estado de salud de acuerdo al resultado del test COOP/WONCA.
33	Dolor	La valoración de dolor de acuerdo al resultado del test COOP/WONCA.
34	Fecha de aplicación	(dd/mm/aaaa) en que se realiza la valoración.
35	PS: Acostado	La valoración de estado de salud de acuerdo al resultado de la pregunta "Cuando estás acostado" del Cuestionario para la detección de posturas incorrectas durante las actividades de la vida diaria
36	PS: Sentado	La valoración de estado de salud de acuerdo al resultado de la pregunta "cuando te sientas" del Cuestionario para la detección de posturas incorrectas durante las actividades de la vida diaria
37	PS: de pie	La valoración de estado de salud de acuerdo al resultado de la pregunta "estando de pie" del Cuestionario para la detección de posturas incorrectas durante las actividades de la vida diaria
38	PS: labores domésticas	La valoración de estado de salud de acuerdo al resultado de la pregunta "Durante la realización de labores domésticas" del Cuestionario para la detección de posturas incorrectas durante las actividades de la vida diaria

Clave: 3B11-009-025



NO.	DATO	ANOTAR
39	PS: al cargar	La valoración de estado de salud de acuerdo al resultado de la pregunta “si recoges algo del suelo” del Cuestionario para la detección de posturas incorrectas durante las actividades de la vida diaria
40	PS: ejercicio físico	La valoración de estado de salud de acuerdo al resultado de la pregunta “al hacer ejercicio físico” del Cuestionario para la detección de posturas incorrectas durante las actividades de la vida diaria
41	Nombre y firma de la persona usuaria, madre padre o tutor	Apellido paterno, materno y nombre de la persona usuaria ó madre, padre o tutor (en caso de menores de edad) y firma del mismo.
42	Nombre y firma de quien aplica Basal	Apellido paterno, materno y nombre de la persona que aplica y firma del mismo.
43	Nombre y firma de quien aplica Final	Apellido paterno, materno y nombre de la persona que aplica y firma del mismo.
44	Nombre, firma y Fecha Vo. Bo. Directora o Director	Apellido paterno, materno y nombre y firma de la Directora o Director

Clave: 3B11-009-025



ANEXO 6

Cuestionario hábitos de alimentación 3B11-009-016



ANEXO 6

Cuestionario hábitos de alimentación

INSTRUCCIONES: Lea cada pregunta y marque con el valor de la columna que elija en la hoja de respuestas

Nombre de la persona usuaria: _____

Unidad: _____

Responsable del Programa _____ Fecha de valoración _____

No.	Pregunta	4 puntos	2 puntos	0 puntos	Puntaje
1	¿Con qué frecuencia come verduras?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	5
2	¿Con qué frecuencia come frutas?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
3	¿Cuántas piezas de pan come al día?	0 a 1	2	3 o más	
4	¿Cuántas tortillas come al día?	0 a 4	5 a 7	8 o más	
5	¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
6	¿Qué cantidad de agua toma al día?	De 6 a 8 al día	4 a 5 al día	1 a 3 al día	
7	¿Agrega sal a los alimentos cuando está comiendo?	Casi nunca	Algunas veces	Siempre	
8	¿Come alimentos chatarra entre comidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
9	¿Come alimentos no preparados en casa?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
10	Cuando termina de comer la cantidad servida inicialmente, ¿pide que le sirvan más?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	

Total: _____

Interpretación de Resultados: _____

Nombre y firma de quien aplicó _____

Firma de la persona usuaria _____

Clave: 3B11-009-016



ANEXO 6
Cuestionario hábitos de alimentación
INSTRUCTIVO DE LLENADO

NO	Dato	Anotar
1	Nombre de la persona usuaria	Apellido paterno, materno y nombre de la persona usuaria al que se le realiza la valoración.
2	Unidad	El nombre de la Unidad o CEC donde se realiza la valoración.
3	Responsable del Programa	El nombre de la persona responsable de la valoración en la unidad.
4	Fecha de valoración	Día/mes/año en que se realizan las evaluaciones.
5	Puntaje	La respuesta obtenida por el usuario a cada una de las preguntas.
6	Total	El puntaje total calculado.
7	Interpretación de resultados	De acuerdo a la tabla de interpretación de resultados registre este valor.
8	Nombre y firma de quien aplicó	Apellido paterno, materno, nombre y firma de quien aplica el cuestionario y responsable de la valoración.
9	Firma de la persona usuaria	La firma de la persona usuaria a quien se le aplicó el formato.

Interpretación de Resultados

RANGO DE PUNTOS	INTERPRETACIÓN
31 A 40	Hábitos adecuados
DE 21 A 30	Hábitos intermedios (en proceso de mejora)
MENOS DE 20	Hábitos inadecuados

Clave: 3B11-009-016



ANEXO 7

Inventario Ansiedad de Beck (BAI)
3B11-009-017



ANEXO 7
Inventario Ansiedad de Beck (BAI)

Nombre de la persona usuaria: 1

Unidad: 2 Responsable: 3

Fecha de valoración: 4

Instrucciones: A continuación, se presenta una lista que contiene los síntomas físicos más comunes de ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación, indique cuanto le ha molestado cada uno de estos durante la última semana y en el momento actual. Elija con una X entre las siguientes opciones la que mejor corresponda.

Reactivo	No (0)	Leve (1)	Moderado (2)	Bastante (3)
Torpe o con entumecimiento				
Acalorado				
Con temor en las piernas				
Incapaz de relajarse				
Con temor a que ocurra lo peor				
Mareado, o que se le va la cabeza				
Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
Inestable				
Atemorizado o asustado				
Nervioso				
Con sensación de bloqueo				
Con temblores en las manos				
Inquieto, inseguro				
Con miedo a perder el control				
Con sensación de ahogo				
Con temor a morir				
Con miedo				
Con problemas digestivos				
Con desvanecimientos				
Con rubor facial				
Con sudores, fríos o calientes				
Total:				
Clasificación				

Nombre y firma de quien aplicó: 8

Firma de la persona usuaria 9

Clave: 3B11-009-017



ANEXO 7
Inventario Ansiedad de Beck (BAI)
INSTRUCTIVO DE LLENADO

El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63.

No.	DATO	ANOTAR
1	Nombre de la persona usuaria	Apellido paterno, materno y nombre de la persona usuaria a la que se le realiza la valoración.
2	Unidad	El nombre de la Unidad o CEC donde se realiza la valoración.
3	Responsable	Apellido paterno, materno y nombre de la persona responsable de la valoración en la unidad.
4	Fecha de valoración	(dd/mm/aaa) en que se realizan las evaluaciones.
5	Tablero para respuestas	La respuesta obtenida por la persona usuaria a cada una de las preguntas.
6	Total	La sumatoria de las respuestas y anotar la puntuación total del cuestionario.
7	Clasificación	Una de acuerdo a la tabla de clasificación.
8	Nombre y firma de quien aplicó	Apellido paterno, materno, nombre y firma del trabajador que realiza la valoración.
9	Firma de la persona usuaria	La de la persona usuaria a quien se le aplique la valoración.

Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

Puntuación	Clasificación
0-21	Ansiedad muy baja
22-35	Ansiedad moderada
Más de 36	Ansiedad severa

Clave: 3B11-009-017



ANEXO 8

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)
3B11-009-018



Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre de la persona usuaria: 1

Unidad: 2 Responsable: 3

Fecha de valoración: 4

Instrucciones:

Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo cómo se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

1. Tristeza

0- No me siento triste.

1- Me siento triste gran parte del tiempo

2- Me siento triste todo el tiempo.

3- Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

5

2. Pesimismo

0- No estoy desalentado respecto de mi futuro.

1- Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2- No espero que las cosas funcionen para mí.

3- Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0- No me siento como un fracasado.

1- He fracasado más de lo que hubiera debido.

2- Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3- Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0- Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1- No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2- Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3- No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0- No me siento particularmente culpable

1- Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3- Me siento culpable todo el tiempo.

Clave: 3B11-009-018



6. *Sentimientos de Castigo*

- 0- No siento que este siendo castigado
- 1- Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2- Espero ser castigado.
- 3- Siento que estoy siendo castigado.

7. *Disconformidad con uno mismo.*

- 0- Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1- He perdido la confianza en mí mismo.
- 2- Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3- No me gusta a mí mismo.

8. *Autocrítica*

- 0- No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1- Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2- Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3- Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. *Pensamientos o Deseos Suicidas*

- 0- No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1- He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2- Querría matarme
- 3- Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. *Llanto*

- 0- No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1- Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2- Lloro por cualquier pequeñez.
- 3- Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. *Agitación*

- 0- No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1- Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2- Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3- Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. *Pérdida de Interés*

- 0- No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1- Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2- He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3- Me es difícil interesarme por algo.

Clave: 3B11-009-018



13. Indecisión

- 0-** Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1-** Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2-** Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3-** Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0-** No siento que yo no sea valioso
- 1-** No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2-** Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3-** Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0-** Tengo tanta energía como siempre.
- 1-** Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2-** No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3-** No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0-** No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a-** Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b-** Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a-** Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b-** Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a-** Duermo la mayor parte del día
- 3b-** Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0-** No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1-** Estoy más irritable que lo habitual.
- 2-** Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3-** Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0-** No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a-** Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b-** Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a-** Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b-** Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3a-** No tengo apetito en absoluto.
- 3b-** Quiero comer todo el día.

Clave: 3B11-009-018



19. *Dificultad de Concentración*

- 0- Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1- No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2- Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3- Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. *Cansancio o Fatiga*

- 0- No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1- Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2- Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3- Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. *Pérdida de Interés en el Sexo*

- 0- No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1- Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2- Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3- He perdido completamente el interés en el sexo.

Total: _____ (6)

Clasificación _____ (7)

Nombre y firma de quien realizó _____ (8)

Firma de la persona usuaria _____ (9)



ANEXO 8
Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)
INSTRUCTIVO DE LLENADO

El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

No	DATO	ANOTAR
1	Nombre de la persona usuaria	Apellido paterno, materno y nombre de la persona usuaria al que se le realiza la valoración.
2	Unidad	El nombre de la Unidad o CEC donde se realiza la valoración.
3	Responsable	Apellido paterno, materno y nombre del responsable de la valoración en la unidad.
4	Fecha de valoración	Día/mes/año en que se realizan las evaluaciones.
5	Tablero para respuestas	La respuesta obtenida por el usuario a cada una de las preguntas.
6	Total	La sumatoria de las respuestas y anotar la puntuación total del cuestionario.
7	Clasificación	De acuerdo con la tabla de clasificación.
8	Nombre y firma de quien realizó	Apellido paterno, materno, nombre y firma del trabajador que realiza la valoración.
9	Firma de la persona usuaria	La firma de la persona usuaria a quien se le aplique la valoración.

Puntuación	Clasificación
0 a 13	Depresión mínima
14 a 19	Depresión leve
20 a 28	Depresión moderada
29 a 63	Depresión grave

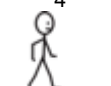
Clave: 3B11-009-018



ANEXO 9

**Cuestionario calidad de vida ESCALA COOP/WONKA
3B11-009-019**

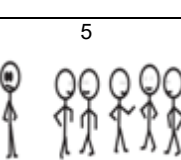


Nombre de la persona usuaria: _____ Unidad _____ Responsable y firma _____ Fecha de Valoración _____ Instrucciones: Lea con atención cada pregunta y señale con una X la imagen que más se asemeje a su respuesta en cada uno de los siguientes 7 ámbitos de la vida.	1 2 3 4	Forma Física Durante las últimas 2 semanas, ¿cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?	Sentimientos Durante las últimas 2 semanas, ¿en qué medida le han molestado problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?
Muy intensa (por ejemplo, correr de prisa)		1 	Nada, en absoluto 
Intensa (por ejemplo, correr con suavidad)		2 	Un poco 
Moderada (por ejemplo, caminar a paso rápido)		3 	Moderadamente 
Ligera (por ejemplo, caminar despacio)		4 	Bastante 
Muy ligera (por ejemplo, caminar lentamente o no poder caminar)		5 	Intensamente  5

Adaptado de: Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA Copyright Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Actividades Sociales	Actividades Cotidianas	Cambios en el estado de salud
Durante las últimas 2 semanas, ¿su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con familia, amigos, vecinos o grupos?	Durante las últimas 2 semanas, ¿cuánta dificultad ha tenido al realizar actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?	¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace 2 semanas?
No, nada, en absoluto	1 	Ninguna dificultad 1 
Ligeramente	2 	Un poco mejor 2 



Moderadamente	3 	Dificultad moderada	3 	Igual, por el estilo	3  =
Bastante	4 	Mucha dificultad	4 	Un poco peor	4  -
Muchísimo	5 	Toda, no he podido hacer nada	5 	Mucho peor	5  - -

Adaptado de: Dartmouth Coop Functional Assesment Charts/WONCA Copyrgt Trustees of Darmouth/Coop Project, 1995

Estado de salud		Dolor	
Durante las 2 últimas semanas... ¿cómo calificaría su salud en general?		Durante las 2 últimas semanas... ¿cuánto dolor ha experimentado?	
Excelente	1 	Nada de dolor	1 
Muy buena	2 	Dolor muy leve	2 
Buena	3 	Dolor ligero	3 
Regular	4 	Dolor moderado	4 
Mala	5 	Dolor intenso	5 

Adaptado de: Dartmouth Coop Functional Assesment Charts/WONCA Copyrgt Trustees of Darmouth/Coop Project, 1995

Firma de la persona usuaria

5

Clave: 3B11-009-019



ANEXO 9
Cuestionario calidad de vida ESCALA COOP/WONKA
INSTRUCTIVO DE LLENADO

NO.	DATO	ANOTAR
1	Nombre de la persona usuaria	Apellido paterno, materno y nombre de la persona usuaria.
2	Unidad	El nombre de la unidad operativa.
3	Responsable y firma	Apellido paterno, materno y nombre de la persona responsable de la aplicación del Cuestionario.
4	Fecha de valoración	dd/mm/aaaa en que se aplica el Cuestionario.
5	Firma de la persona usuaria	La de la persona usuaria a quien se le aplicó el cuestionario.

Clave: 3B11-009-019



ANEXO 10

**Estudio de deserción
3B11-009-020**



ANEXO 10
Estudio de deserción

UOPSI: 1 NOMBRE DE T.S.: 2

PERSONA USUARIA: 3 4
FECHA: _____

Domicilio y teléfono	Actividad	Docente	Causas	Resultado
5	6	7	8	9

CAUSAS 8		RESULTADOS 9
INTERNAS	EXTERNAS	
A. NO SELECCIONÓ BIEN LA ACTIVIDAD	H. DOMICILIO EQUIVOCADO	1. VA A REEINCORPORARSE A LA CLASE
B. LE RESULTA MUY COSTOSA	I. CAMBIO DE DOMICILIO	2. NO VA A REGRESAR
C. TIENE DIFICULTAD CON EL HORARIO	J. CAMBIO DE HORARIO EN EL TRABAJO	3. SOLICITA SU CAMBIO CON OTRO DOCENTE
D. NO PUDO ADAPTARSE AL GRUPO	K. PROBLEMAS FAMILIARES	4. SOLICITA SU CAMBIO DE ACTIVIDAD
E. NO HAY ATENCION DEL DOCENTE	L. PROBLEMAS PERSONALES	5. REGRESA EN CUANTO SANE
F. EL CURSO NO CUBRIÓ SUS EXPECTATIVAS	M. OTRAS (ANOTAR)	6. SE INSCRIBIO EN OTRO CENTRO
G. OTRAS		7. SOLICITA SU CAMBIO DE HORARIO

Responsable del estudio

10

Firma

Persona usuaria

11

Firma

Clave: 3B11-009-020



ANEXO 10
Estudio de deserción
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	UOPSI	El nombre de la Unidad Operativa de Prestaciones Sociales Institucionales.
2	Nombre T.S.	Apellido paterno, materno y nombre de la o el Trabajador Social que realiza el estudio de deserción.
3	Persona usuaria	Apellido paterno, materno y nombre de la persona usuaria.
4	Fecha	(dd/mm/aaaa) en que se realiza el estudio.
5	Domicilio y Teléfono	La dirección y número telefónico de la persona usuaria al quien se le realiza el estudio.
6	Actividad	El nombre de la actividad en la que está inscrito.
7	Nombre del docente	Apellido paterno, materno y nombre del Personal docente que imparte la actividad.
8	Causas	Una "X" en el o los recuadros según respuesta de la persona usuaria.
9	Resultado	El número que corresponda el resultado del estudio de deserción.
10	Firma	Apellido paterno, materno y nombre de la persona responsable de realizar el estudio de deserción.
11	Firma	Apellido paterno, materno y nombre de la persona usuaria, en caso de que se haga el estudio de manera presencial.

Clave: 3B11-009-020



ANEXO 11

**Formato de inscripción, control y seguimiento de población usuaria del CEC
3B11-009-021**



Clave: 3B11-009-021



ANEXO 11

Formato de inscripción, control y seguimiento de población usuaria del CEC INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	UOPSI	La Unidad Operativa que coordina el CEC al que pertenece el grupo PASS.
2	Fecha	Día/mes/año en que se realizan las evaluaciones.
3	Nombre del CEC	El asignado al CEC.
4	Actividad realizada	El nombre de la actividad que se realiza.
5	Responsable del Programa	Apellido paterno, materno y nombre de la persona responsable del CEC.
6	Firma del responsable	La firma de la persona responsable.
7	Evaluación	El registro correspondiente, si se trata de evaluación al inicio o al final del trimestre.
8	No	El número consecutivo de registro.
9	Nombre	Apellido paterno, materno y nombre de la persona usuaria referida.
10	Clave de Usuario	La asignada a la persona usuaria referida.
11	Talla	La talla de la persona usuaria referida en metros.
12	Peso	El peso obtenido en Kg de la persona usuaria referida.
13	Cintura	La circunferencia de cintura en centímetros.
14	Nivel de condición física para la salud	El resultado de la valoración.
15	Capacidad física: Flexibilidad	El resultado de la valoración.

Clave: 3B11-009-021



ANEXO 11

Formato de Inscripción, control y seguimiento de población usuaria del CEC INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
16	Capacidad física: Fuerza abdominal	El resultado de la valoración.
17	Fuerza abdominal	El resultado de la valoración.
18	Capacidad física	El resultado de la valoración.
19	Inventario depresión de Beck	El resultado de la valoración.
20	Inventario ansiedad de Beck	El resultado de la valoración.
21	Cuestionario hábitos alimenticios	El resultado de la valoración.
22	Forma física	El resultado de la valoración.
23	Sentimientos	El resultado de la valoración.
24	Actividades Sociales	El resultado de la valoración.
25	Actividades Cotidianas	El resultado de la valoración.
26	Cambios en el estado de salud	El resultado de la valoración.
27	Estado de salud	El resultado de la valoración.
28	Dolor	El resultado de la valoración.
29	Observaciones	Registrar si existe alguna observación a considerar en el periodo evaluado.

Clave: 3B11-009-021



ANEXO 12

Requisitos de inclusión Personas Referidas del Área Médica 3B11-022-022



ANEXO 12
Requisitos de Inclusión
Personas Referidas del Área Médica

- 1 Formato de referencia.
- 2 Condiciones de salud:
 - a) Índice de Masa Corporal mayor de:
24.9 kg/m²

Clasificación:

25 a 29.9 Sobrepeso

30-34.9 Obesidad Grado I

35-39.9 Obesidad Grado II

Para todos los grupos de atención, los diagnósticos que podrán referirse, deberán apegarse a los códigos CIE-10 permitidos:

- b) Pacientes con factores de riesgo de diabetes mellitus tipo 2
- c) Pacientes con diagnóstico médico de Prediabetes
- d) Pacientes con diagnóstico de hipertensión no complicada (PA 130/90mm de Hg).
- e) Pacientes con diagnóstico de Diabetes no complicada (glucosa <150 Mg/dl o Hemoglobina glucosilada (HbA1ca<7%).
- f) Pacientes con diagnóstico de lumbalgia y cervicalgia referidos por Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, Unidad de Medicina Familiar u Hospital General de Zona.
- g) Pacientes con diagnóstico de depresión, ansiedad o trastorno de pánico

Clave: 3B11-022-022



ANEXO 13

**Lista de grupo CEC
3B11-009-026**



UOPSI: _____
 Responsable de CEC: _____
 Nombre del CEC: _____
 Mes que reporta: _____

[illegible]

8	Firma
9	Registró



ANEXO 13
Lista de Grupo CEC
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	UOPSI	El nombre de la Unidad Operativa de Prestaciones Sociales Institucionales.
2	Nombre del CEC	Como se tiene registrado el CEC.
3	Responsable de CEC	Apellido paterno, materno, nombre de la persona responsable del CEC de pueblos indígenas y rurales.
4	Mes que reporta	Nombre del mes que reporta.
5	Nombre	Apellido paterno, materno, nombre de la persona referida.
6	Actividad	Nombre del curso o taller en el que está inscrito.
7	Evaluación	Resultado de la aplicación de la evaluación inicial y final, según sea el caso.
8	Firma	Firma de la persona responsable del CEC en pueblos indígenas.
9	Registro	Nombre y firma de la persona encargada de la operación en SIPSI

Clave: 3B11-009-026