



**SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE VERACRUZ  
EXPEDIENTE DIGITAL DE SALUD ESCOLAR VERACRUZ  
ESTADO GENERAL DE SALUD PARA EL DOCENTE CICLO 2025 - 2026**

**DATOS DEL DOCENTE**

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	
CURP: <input type="text"/>			
Teléfono: <input type="text"/>			
Correo Electrónico: <input type="text"/>			
Peso (kg)	Estatura (cm)	Circunferencia de cintura (cm)	Circunferencia de cadera (cm)
/	/	/	

**¿Padece alguna enfermedad crónica? (marcar con una X)**

Problemas cardiovasculares (Cardiopatías)	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>
Enfermedades crónicas respiratorias (Asma)	<input type="checkbox"/>	Obesidad	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	VIH Sida	<input type="checkbox"/>
Lupus	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>

**Tipo de sangre (marcar con una X)**

<input type="checkbox"/> O+	<input type="checkbox"/> A+	<input type="checkbox"/> B+	<input type="checkbox"/> AB+
<input type="checkbox"/> O-	<input type="checkbox"/> A-	<input type="checkbox"/> B-	<input type="checkbox"/> AB-

	No	Sí
1. ¿A la fecha ha contraído COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Siente que está consciente de sus propias capacidades y puede afrontar las tensiones normales de la vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Considera que su salud mental es un recurso importante en su capacidad para tomar decisiones y establecer relaciones en el entorno educativo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Cree que su salud mental es un proceso personal y complejo que puede experimentarla de manera diferente a sus colegas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha experimentado algún trastorno mental, discapacidad psicosocial o altos niveles de angustia que afecten su salud mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Siente que factores como la carga de trabajo, las condiciones laborales o situaciones sociales adversas afectan su salud mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha recibido atención o servicios adecuados para su salud mental, como asesoramiento psicológico o recursos de autoayuda digital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Cuida su bienestar emocional a través de una alimentación equilibrada, la organización del tiempo y la práctica de actividades físicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Se esfuerza por mantener una mente positiva y reducir los niveles de estrés en su vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Considera que tiene un buen equilibrio en la calidad de su sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Disfruta de la compañía de sus seres queridos y se relaciona con nuevas personas en su vida personal y profesional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Siente que está en una etapa de su vida en la que su bienestar emocional es óptimo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>