



IV.- Salud

| Discapacidad | | Motivo, Acreditación e Instancia Oficial que otorga credencial sólo para Programa Jalisco Incluyente | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| Tiene algún tipo de discapacidad | S. Sensorial M. Motriz | I. Intelectual E. Mental | Motivo de la discapacidad: | Cuenta con una acreditación por una instancia oficial de la discapacidad que presenta: | Instancia oficial que otorga la credencial: |
| Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Tipo de discapacidad (S) (M) (I) (E) | | Porque nació así <input type="checkbox"/> Por una enfermedad <input type="checkbox"/> Por un accidente <input type="checkbox"/> Por edad avanzada <input type="checkbox"/> Por otra causa. (Especifique) <input type="checkbox"/> _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Motivo: _____ _____ | DIF Estatal <input type="checkbox"/> DIF Nacional <input type="checkbox"/> COEDIS <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> CONADIS <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Actualmente, ¿a qué institución está afiliada(o) o inscrito para recibir servicios de salud?

| | | | |
|--------------------------------------|---|---|--|
| IMSS..... <input type="checkbox"/> | Seguro Popular <input type="checkbox"/> | PEMEX, Defensa o Marina..... <input type="checkbox"/> | Seguro privado..... <input type="checkbox"/> |
| ISSSTE..... <input type="checkbox"/> | Otra, ¿cuál?..... <input type="checkbox"/> | Ninguno..... <input type="checkbox"/> | |

Cuando tiene problemas de salud, ¿en dónde se atiende?:

| | | |
|---|---|--|
| Centros de salud y hospitales (Secretaría de Salud)..... <input type="checkbox"/> | Seguro Social o IMSS..... <input type="checkbox"/> | IMSS-Oportunidades..... <input type="checkbox"/> |
| ISSSTE..... <input type="checkbox"/> | Otro servicio médico público (PEMEX, Defensa, Marina, DIF) <input type="checkbox"/> | Consultorios y hospitales privados..... <input type="checkbox"/> |
| Consultorio de farmacias, ¿cuál(es)?..... <input type="checkbox"/> | Curandero, hierbero, comadrona..... <input type="checkbox"/> | Se automédica..... <input type="checkbox"/> |
| | | Cruz Verde/Cruz Roja..... <input type="checkbox"/> |

V.- Ingresos / Gastos

| | |
|---|--|
| ¿Actualmente trabaja? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Cuál es su oficio, puesto o cargo? _____ |
| ¿Cuánto es su ingreso mensual personal? | ¿Cuánto es su ingreso mensual familiar? |
| \$ | \$ |
| En el último año, recibió dinero por... | |
| Programa social <input type="checkbox"/> | Apoyo de un familiar <input type="checkbox"/> |
| Le envían dinero de otro país (remesas) <input type="checkbox"/> | Apoyo de otra persona no integrante del hogar <input type="checkbox"/> |
| | Otro <input type="checkbox"/> |

VI.- Seguridad alimentaria

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, ¿Alguna vez usted o alguien en su hogar dejaron de desayunar, comer o cenar? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, ¿Alguna vez usted o alguien en su hogar tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, ¿Alguna vez usted o alguien en su hogar comió menos de lo que debía? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |



VIII.- Equipamiento del hogar

| Este hogar cuenta con los siguientes servicios: | Sí | No |
|---|----|----|
| 1.- Teléfono fijo | | |
| 2.- Teléfono móvil o celular | | |
| 3.- Agua potable | | |
| 4.- Drenaje | | |
| 5.- Electricidad | | |

| Este hogar cuenta con los siguientes bienes: | Sí | No |
|--|----|----|
| 1.- Estufa de gas/ electricidad | | |
| 2.- Reproductor de DVD | | |
| 3.- Automóvil | | |
| 4.- Refrigerador | | |
| 5.- Lavadora | | |
| 6.- Televisión | | |
| 7.- Computadora | | |
| 8.- Horno de microondas/eléctrico | | |

IX. Redes de apoyo

| Considera que si necesitara... | Fácil | Difícil | No aplica |
|--|-------|---------|-----------|
| pedirle ayuda a alguien para que la (o) cuiden a usted en una enfermedad, ¿le sería? | | | |
| pedir ayuda para conseguir un trabajo, ¿le sería? | | | |
| pedir ayuda para que cuiden a las (os) niñas (os) en este hogar, ¿le sería? | | | |
| pedir ayuda para que lo acompañen al doctor, ¿le sería? | | | |
| pedirle a alguien dinero prestado, ¿le sería? | | | |

X.- Uso del tiempo

| En el transcurso de una semana, ¿cuánto tiempo dedica usted a... | Horas |
|--|-------|
| Trabajar? (incluya todo el tiempo dedicado a su trabajo extradoméstico) | |
| Estudiar y hacer actividades relacionadas con el estudio? (ir a la escuela, hacer tareas, asistir a lugares como museos como parte de las tareas escolares, etc) | |
| Cuidar, atender sin pago y de manera exclusiva a niños, ancianos, enfermos, personas con algún tipo de discapacidad? (bañar, cambiar, trasladarlos, etc) | |
| Realizar el quehacer de su hogar? (lavar, planchar, cocinar, lavar trastes, ropa, barrer, cuidar animales, etc) | |
| Cuánto tiempo le quedó para realizar actividades que a usted le gustan? (hacer deportes, ir al cine, leer, salir con amigos, escuchar música, ver televisión, descansar, etc) | |

XI.- Concentrado en apoyos sociales

¿Recibe usted u otro integrante de su hogar apoyo de algún programa social? Sí No

¿Cuántos?

¿Cuáles?

1.- _____

2.- _____

3.- _____

4.- _____

