



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 automedica..... <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"/>	Apoyo de otra persona no integrante del hogar <input type="checkbox"/>
Le envían dinero de otro país (remesas) <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.- _____

