



No. de expediente o registro : _____ Refrendo por : _____

Apellido Paterno _____ Nombre(s) _____ ID-DIF: _____

Apellido Materno _____

1.1 Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa): / / 1.1.2 Municipio: _____

1.1.3 Nacionalidad: _____ 1.1.4 Estado: _____

1.2.1 Domicilio: _____ 1.2. Lugar de Residencia: _____

1.2.2Cruza con _____ Núm. ext. e Int _____

1.2.3 Colonia: _____ 1.2.4 Comunidad: _____ 1.2.5C.P. _____

1.2.6Municipio: _____ 1.2.7Estado: _____ 1.2.8Tiempo de vivir en el Edo.: _____

1.2.9Teléfono: _____ 1.2.10Recados: _____

1.2.11Programa que lo atiende: _____ 1.2.12Número: _____

Fecha de elaboración: _____

Fecha de Captura: _____

Día _____ Mes _____ Año _____

No.	3.1 NOMBRE		3.2 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	3.3 Sexo		3.4 Edo. Civil	3.5 Parentesco	4. Nivel de Escolaridad								5. Ocupación	6.1 Estatus Económico	6.2 Estatus Social	6.3 Estatus Lingüístico
	Apellido Paterno	Apellido Materno		H	M			1	2	3	4	5	6	7	8				
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			

* (1) Analítabeta (2) Autodidáctico (3) Preescolar (4) Primaria (5) Secundaria (6) Preparatoria (7) Carrera Técnica (8) Profesional (9) Posgrado

Fecha de actualización: 10 de Marzo de 2014 V.07 Código: DJ-TS-SG-RE-01

13. Salud									
13.1IMSS	ISSSTE	SSJ	DIF	CRUZ ROJA	SEGURO POPULAR	SERVICIO PARTICULAR	SERVICIO MUNICIPAL		
MEDICINA ALTERNATIVA								13.2 Observaciones:	

13.3 Enfermedades crónicas o discapacitantes de la familia:

14. Diagnóstico Social/Familiar									
14.1 Conclusión									
14.2 Detonante del Problema									

No.	Código	Problemática y/o Vulnerabilidades	Código:	Detonante del Problema
1				
2				
3				
Diagnóstico				
1				
2				

Información Complementaria al Estudio Sociofamiliar
DESARROLLO DE HABILIDADES PARA LA VIDA

Datos Generales	Nombre del Tutor Y/O Responsable			Tel:	
	Domicilio			Tel:	
	Ocupación			Trabajo:	
	Dirección de empleo de la madre			Antigüedad:	
	Tel:			Antigüedad:	
	Dirección de empleo del padre			Antigüedad:	
	Tel:			Antigüedad:	
	Origen			Antigüedad:	
	Escolares			Antigüedad:	
	Laborales			Antigüedad:	
Antecedentes del Caso	A) El joven esta vacunado contra:				
	Viruela	Sarampión	Sífilis	Difteria	
	Otros				
	B) Su estado de salud es:				
	Bueno	Regular	Malo		
	C) Cuenta con seguro permanente:				
	Si		No		
	D) Alguien de la familia ingiere bebidas alcohólicas				
	Si		No		Frecuencia
	E) Fuman:		Si		No
F) Ingieren alguna droga		Si		No	
				Frecuencia	

DIF-TPR-78