



**Entrevista - Orientación
CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL**

BIENESTAR
PARA NUESTRAS FAMILIAS

Servicio y/o Programa Id. DIF	Procedencia Registro
----------------------------------	-------------------------

DATOS GENERALES

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Fecha de Nac.
Sexo	Edad	Estado Civil	Grupo etario	<1
Ocupación	Escolaridad	Secundaria		
Domicilio	Calle y número exterior e interior	Cruza con:	Colonia o comunidad	
Estado y Mpio. de Nac.	Estado y Mpio. de residencia			
País	Teléfono Particular	Teléfono Recados	Nombre	
Datos del padre o tutor (Solo en casos de menores de edad o personas con discapacidad intelectual)				
Nombre	Edad	Parentesco		

APOYO Y/O SERVICIO SOLICITADO

--

DIAGNÓSTICO SOCIAL INICIAL

Composición familiar y economía	Vivienda - Condición	Pago x mes	Población atendida
Cantidad de integrantes de la familia	Rentada		
Miembros económicamente activos	Otra (especifique)		
Miembros que aportan al gasto familiar	Personas con enfermedades crónicas y/o discapacidad	Número	1
Ingreso mensual familiar aproximado	Tipo		
Deudas (pago mensual)	¿Dónde atiende necesidades de salud?	Farmacias Similares	

CONCLUSIONES

Problemática y/o Vulnerabilidad	Detonante del Problema	
Código:	Código:	
Diagnóstico	Código:	
Clasificación de programa (1. C. U. - 2. F.S.F.)		C.U.
Apoyo y/o servicio otorgado	1	2
	3	4

Area o institución a la que fue canalizado	DIF JALISCO	No.
--	-------------	-----

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL

Usuario:

Manifiesto bajo protesta decir la verdad respecto a proporcionar mis datos personales, así como mi aceptación del aviso de privacidad, en donde señala que serán resguardados conforme a la Ley establecida. <http://sistemadif.jalisco.gob.mx>