DIF JALISCO

PROGRAMA DE NUTRICION EXTRAESCOLAR

Estudio Socio- Familiar Simplificado

Fecha de Elaboración:

Día Mes Año

1. Identificación Nº de Expediente o Registro _____ Status (Nuevo ingreso o reingreso) _____

Nombre del Beneficiario : _____
Lugar y fecha de Nacimiento : _____
Edad al ingresar l programa: _____ Peso inicial: _____ Talla inicial _____
Diagnostico _____
Tipo de Vulnerabilidad: _____
Nombre del padre o tutor: _____
Domicilio:_____ cruza con _____
Municipio_____ Localidad_____
Teléfono _____

2. Composición Familiar

Nombre Completo	Fecha de nacimiento	Sexo/ Edad H	Sexo/ Edad M	Edo. Civil	Relación Familiar con el Beneficiario	3. Educación Especificar Escolaridad	4.Ingresos Especificar Ocupación	* Eventual/ Permanente	Ingresos Mensuales	OTROS INGRESOS	Aportación al Gasto familiar

* En ocupación anotar si es eventual o permanente** Considerar en otros ingresos la cantidad que ingresa aparte del ingreso mensual Total $

5. Vivienda

A. Condición

Propia ( )
Rentada ( )
Compartida ( )
En pago ( )
Prestada ( )
¿Quién? _____

C. Tipo de vivienda y distribución

Casa ( )
Cuarto ( )
Departamento ( )
Jacal ( )
Otro ( )

Describa _____
_____
_____

Especifique Espacios
Cocina ( )
Baño ( )
Cuartos ( )
Patio ( )
Otros _____
Características:
Techo ( )
Paredes ( )
Piso ( )

Combustible para cocinar
Gas ( )
Electricidad ( )
Leña ( )
Carbón ( )
Otros _____
Electrodomésticos:
Radio _____ Televisión____
Teléfono___ Refrigerador___
Estufa de Gas_____

E. Mobiliario

Señalar No. y tipo de muebles
_____
_____
_____
_____

Buenas condiciones ( )
Malas condiciones ( )
Observaciones _____
_____

B. Servicios

Agua	Desechos	Iluminación
Entubada ( )	Fosa séptica ( )	Luz eléctrica ( )
Pozo ( )	Drenaje ( )	Aparato petróleo ( )
Pipa ( )	Aire libre ( )	Velas ( )
		Gas ( )

D. Característica

Piso	Muro	Techo
Tierra ( )	Ladrillo ( )	Bóveda ( )
Cemento ( )	Adobe ( )	Teja ( )
Mosaico ( )	Madera ( )	Lamina ( )
	Block ( )	Otros _____
	Otros _____	_____
	_____	

F. Limpieza y organización

Limpia ( )
Sucia ( )
Ordenada ( )
Desordenada ( )

Iluminación buena ( ) mala ( )
Ventilación buena ( ) mala ( )
Observaciones _____

6. Egresos Mensuales

Anotar en c/u la cantidad gastada por mes

Alimentos _____
Renta o pago de casa _____
Luz _____
Agua _____
Combustible _____
Teléfono _____
Educación _____
Trasporte _____
Medicina _____
Ropa y calzado _____
Deudas _____
Otros _____

Total _____

Observaciones_____
_____
_____

7. LA ALIMENTACIÓN LA CONSIDERA :

Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )

	Diario	C/ 3 Días	C/8 Días	C/15 Días	C/ Mes
Frijol					
Tortilla					
Verdura					
Carne					
Leche					
Huevo					
Sopas					
Soya					
Fruta					

(Marcar con una X la frecuencia de su consumo)

8. SERVICO O APOYO SOLICITADO A LA INSTITUCION

9. APOYOS QUE SE LE HAN OTORGADO A LA FAMILIA

¿Qué?	¿Quién?	¿Desde cuando?

10. SALUD

Enfermedades o discapacidades de los miembros de la Familia

¿Qué?	¿Quién padece?	¿Desde cuando?

11. DIAGNOSTICO SOCIAL

1.- TIPO DE VULNERABILIDAD DEL BENEFICIARIO: a) Pobreza b) indígena c)Enfermo crónico d) Hijo de jornalero migrante e) menor hijo de madre trabajadora g) Hijo de padre(s) adicto (s), h) Desintegración familiar i) Contingencias naturales j) Desnutrición f) Menor hijo de madre adolescente

2.- TIPO DE PROBLEMÁTICA FAMILIAR POR AMBITOS:

JUSTICIA: a)maltrato infantil b)maltrato físico c) maltrato emocional d) abuso sexual e) explotación económica f) explotación sexual g) abandono h) violencia en el hogar

ECONOMIA: Trabajo infantil

SALUD: a) Desnutrición b)Discapacidad c)Adicciones

EDUCACION: Los padres no asistieron a la escuela

MIGRACION: a) Niños emigrantes sin compañía b)Menores repatriados

3.- ¿Qué ha hecho la familia para resolver la vulnerabilidad o problemática detectada?

_____

4.- ¿Hay colaboración y apoyo entre los miembros de la familia? A) Si B) No Porque

_____

5.- ¿Quién desempeña el papel de jefe de familia?

_____

6.- ¿Que problemáticas se observan en la comunidad?

a) Pandillerismo b) Delincuencia c) Drogadicción d) Falta de fuentes de empleo

e) Falta de medios de comunicación f) Otros: _____

12.- JUSTIFICACIÓN DE INGRESO O PERMANENCIA EN EL PROGRAMA

ATENCIÓN MEDICA RECIBIDA:

IMSS	( )	Centro de Salud	( )
Particular	( )	ISSSTE	( )
Cruz Roja	( )	DIF	( )
Servicios Médicos Municipales	( )	OTRO	_____

observaciones _____

_____

_____

_____

_____

_____

12. OBSERVACIONES

Con base en la ley de informacion publica del Estado de Jalisco y sus Municipios, articulo 25 fraccion 1Ven la que prohibe a los sujetos obligados; a difundir, distribuir, transferir publicar o comercializar informacion confidencial sin utorizacion de su titular. De igul forma el articulo 44 muestra un catalogo de informacion confidencial por lo que es responsabilidad de las autoridades municipales el uso que se le de a esta información.

_____

Firma del beneficiario (padre o tutor)

_____

Nombre y firma del encuestador

Vo.Bo. Director (a) DIF Municipal

Sello DIF Municipal