



Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria
Departamento de Estrategias Alimentarias
Programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria

Encuesta de Focalización de Individuos con Inseguridad Alimentaria (EFIA)

Instrucciones:
Favor de contestar según la
Guía de llenado anexa al final.

Este cuadro sera llenado por SMDIF despues de capturarla

1.- Seguro

2.- Inseguridad Leve

3.- Inseguridad Moderada

4.- Inseguridad Severa

Elaborado por:

Nombre y Cargo

1.- Ficha de Identificación

Entidad Federativa _____ Municipio _____ Localidad _____

2.- Datos de Identificación del Beneficiario

Nombre del Beneficiario _____ Sexo Masculino Femenino
Nombres _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

Fecha de Nacimiento _____ CURP _____
Día _____ Mes _____ Año _____

Estado Civil del beneficiario	<input type="checkbox"/> 1. Soltero	<input type="checkbox"/> 4. Viudo
	<input type="checkbox"/> 2. Casado	<input type="checkbox"/> 5. Unión Libre
	<input type="checkbox"/> 3. Divorciado	

Telefono _____ Ingreso Mensual _____

Escolaridad del beneficiario _____ Estatus de Estudio del beneficiario _____

Ocupación del beneficiario _____ Institución de Servicio de Salud _____

Tipo de Vulnerabilidad	<input type="checkbox"/> 1. Adulto Mayor (se considera a partir de los 60 años)						
	<input type="checkbox"/> 2. Discapacitados	<input type="checkbox"/> Auditiva	<input type="checkbox"/> Visual	<input type="checkbox"/> Motriz	<input type="checkbox"/> Intelectual		
	<input type="checkbox"/> 3. Niñas y Niños de 2 a 5 años 11 meses No Escolarizados			Medición del Niño (a) no escolarizado	<input type="checkbox"/> Peso actual Kg.	<input type="checkbox"/> Talla Mts.	
	<input type="checkbox"/> 4. Carencia Alimentaria y/o Desnutrición						

Nombre del Responsable (Es campo obligatorio poner un responsable que no sea el mismo beneficiario)

Parentesco del Responsable con el Beneficiario _____



Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria
Departamento de Estrategias Alimentarias
Programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria

3.- Dirección de la Vivienda

Tipo de vialidad _____ Vialidad _____ No. Exterior _____ No. Interior _____
Calle con las que cruza _____ C.P. _____ Tipo de carretera _____
Asentamiento _____ Nombre del asentamiento _____ Derecho de Tránsito _____
Tipo de Camino _____ Descripción de ubicación _____

4.- Composición Familiar

Nombre Completo <small>Nombre (s)/ Apellido Paterno/ Apellido Materno</small>	Fecha de Nacimiento	Sexo	Escolaridad	Ocupación	Ingreso Mensual

5.- Calidad y Espacios de la Vivienda

1. ¿El material de la casa de la vivienda es de tierra?

Si No

2. ¿El material del techo de la vivienda es lámina, cartón o desechos?

Si No

3. ¿El material de los muros es de barro, carrizo, bambú, lámina, (cartón, metálica, asbesto) o material de desecho?

Si No

4. Número de habitaciones de la vivienda sin contar baño ni cocina

5. ¿Es propietario de la casa en donde vive?

Si No

natural grave durante los últimos 3 meses, en el que su hogar o familia resultó afectado?

Si No

6.- Acceso a Servicios Básicos de la Vivienda

1. ¿Su hogar cuenta con agua entubada dentro de la vivienda?

Si No

2. ¿Su hogar cuenta con drenaje o fosa séptica?

Si No

3. ¿Su hogar dispone de energía eléctrica?

Si No

4. ¿Utiliza el gas para cocinar o calentar los alimentos?

Si No

5. ¿Su hogar cuenta con refrigerador en

Si No



Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria
Departamento de Estrategias Alimentarias
Programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria

7.- Módulo Cualitativo de la Experiencia en Seguridad Alimentaria

En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, alguna vez

1. ¿Usted se preocupó de que los alimentos se acabaran en su hogar?

Si No

2. ¿En su hogar se quedaron sin alimentos?

Si No

3. ¿En su hogar dejaron de tener una alimentación saludable y balanceada?

Si No

4. ¿Usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?

Si No

5. ¿Usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?

Si No

6. ¿Usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que debía comer?

Si No

7. ¿Usted o algún adulto en su hogar sintió hambre pero no comió?

Si No

8. ¿Usted o algún adulto en su hogar solo comió una vez al día o dejó de comer todo un día?

Si No

¿En su hogar viven personas menores de 18 años?

Si Continuar

No Finalizar Cuestionario

9. ¿Algún menor de 18 en su hogar dejó de tener una alimentación saludable y balanceada?

Si No

10. ¿Algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?

Si No

11. ¿Algún menor de 18 años en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?

Si No

12. ¿Algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía?

Si No

13. ¿Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comidas a algún menor de 18 años en su hogar?

Si No

14. ¿Algún menor de 18 años en su hogar sintió hambre peor no comió?

Si No

15. ¿Algún menor de 18 años en su hogar sólo comió una vez al día o dejó de comer todo un día?

Si No



**Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria
Departamento de Estrategias Alimentarias
Programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria**

Observaciones:

Nombre y Firma del Director (a) del SMDIF

Nombre y Firma del Encargado del Programa

Sello SMDIF



Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria
Departamento de Estrategias Alimentarias
Programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria

Guía de llenado

Encuesta de Focalización de Individuos con Inseguridad Alimentaria (EFIIA)

Punto	Contenido	Descripción
Elaborado por	Nombre y Cargo	Anotar nombre y cargo de la persona que levantó la EFIIA.
1. Ficha de Identificación	Entidad Federativa, Municipio y Localidad	La Entidad Federativa siempre será Jalisco. El Municipio y localidad será a donde corresponda su SMDIF.
2. Datos de Identificación de Beneficiarios	Nombre	Anotar nombre iniciando por: Nombre (s), Apellido Paterno y Apellido Materno.
	Fecha de Nacimiento	Fecha de nacimiento iniciando por: Mes, Día y Año.
	Sexo	Anotar en el cuadro correspondiente al sexo: masculino o femenino.
	CURP	Clave Única de Registro de Población, (asegurarse que cuente con 18 caracteres).
	Estado Civil	Anotar en el cuadro el estado civil del encuestado: soltero, casado, divorciado, viudo o unión libre.
	Teléfono	Solicitar número telefónico de celular o casa , para localizarlo en caso de emergencia.
	Escolaridad	Solicitar escolaridad de la persona, pudiendo ser: analfabeta, autodidáctico, preescolar, primaria, secundaria, preparatoria, carreta técnica, profesional, maestría, actividades propias de la edad y/o doctorado.
	Estatus de Estudio	Preguntar si es: completa, incompleta o estudiando.
	Ocupación	Preguntar a que se dedica, pudiendo ser: hogar, desempleado, jornalero, albañil, empleado, obrero, cuenta propia, jubilado, estudiante, ninguna u otra.
	Institución de Servicio de Salud	Solicitar institución de Salud a la que está afiliado: IMSS, ISSSTE, Seguro Popular, Seguro Privado o ninguno.
	Tipo de Vulnerabilidad	Anotar en el cuadro la vulnerabilidad por la cual se inscribe la persona: * Si es discapacitado, constancia médica con tipo de discapacidad (motriz, intelectual, auditiva o visual) * En niña o niño menor de 2 a 5 años 11 meses no escolarizado (anotar peso y talla del menor)
	Nombre del Responsable	Solicitar nombre de una persona mayor de 18 años que fungirá como responsable, en caso de que el beneficiario no puede asistir a alguna plática de Orientación Alimentaria ni recoger el apoyo alimentario.
Parentesco del Beneficiario	Solicitar el parentesco de la persona responsable: hermano (a), esposo (a), hijo (a), nieto (a),	



Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria
Departamento de Estrategias Alimentarias
Programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria

3. Dirección de la vivienda	Tipo de Vialidad	Especificar el tipo de calle donde vive: calle, avenida, carretera, andador, boulevard,
	Vialidad	Anotar el nombre de la antes mencionada.
	Número Exterior	Anotar el número externo de la vivienda.
	Número Interior	Anotar el número interno (sólo si aplica).
	Calles con las que Cruza	Incluir nombre de las calles con las que cruza la vialidad donde vive.
	Código Postal	Anotar código postal y verificar mediante documento oficial.
	Asentamiento	Anotar si se trata de: colonia, barrio, ciudad, ciudad industrial, condominio, conjunto habitacional, corredor industrial, coto, cuartel, ejido, granja, hacienda, pueblo, puerto, ranchería, rancho, región, residencial, villa, etc.
	Nombre del Asentamiento	Solicitar el nombre de la antes descrita.
	Tipo de Carretera	Anotar si es: estatal, federal, municipal o particular.
	Derecho de Tránsito	Anotar si es: libre o cuota.
	Tipo de Camino	Anotar si es: brecha, terracería, camino o vereda.
Descripción de la Ubicación	Señalar las características de la casa, así como su entorno para facilitar ubicación. <i>Ejemplo: casa de 2 pisos, color rosa, puertas negras y un árbol afuera. A un lado de la Escuela Primaria Reforma, etc.</i>	
4. Composición Familiar	Información Familiar	Solicitar información de los integrantes de la familia: nombre completo, fecha de nacimiento, sexo, escolaridad, ocupación y el ingreso mensual.
5. Calidad y Espacio de la Vivienda	Preguntas de las características materiales de la vivienda	Anotar en el cuadro de cada pregunta, según sea la respuesta: Si o No.
6.- Acceso a Servicios Básicos de la Vivienda	Preguntas de los servicios con que cuenta la vivienda	Anotar en el cuadro de cada pregunta, según sea la respuesta: Si o No.
7.- Módulo Cualitativo de la Experiencia en Seguridad Alimentaria	Preguntas que señalan "En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, alguna vez."	Anotar en el cuadro de cada pregunta, según sea la respuesta: Si o No.
	Preguntas que señalan "En su hogar viven personas menores de 18 años"	Anotar en el cuadro de cada pregunta, según sea la respuesta: Si o No. Si la respuesta es "SI" favor de continuar. Si la repuesta es "No" finalizar encuesta
Observaciones	Observación	En caso de existir alguna observación, favor de anotarla.



Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria
Departamento de Estrategias Alimentarias
Programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria

Firmas	Nombre y firma, así como el sello oficial del SMDIF	En cada Encuesta EFIA, el Director(a) y Encargado del Programa PAAP deben poner su nombre y firma, así como el sello oficial del SMDIF.
---------------	---	--