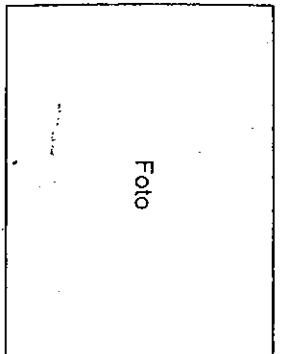


Estudio Socio Familiar



Foto

1. Datos de Identificación del Beneficiario

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

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

Apellido Materno: _____

1.1. Lugar de Nacimiento: _____

1.1.1 Fecha de Nacimiento (DDMM/AAA): / / 1.1.2 Municipio: _____

1.1.3 Nacionalidad: _____ 1.1.4 Estado: _____

1.2. Domicilio: _____

1.2.1 Programa que lo atiende: _____

1.2.2 Cruzada con: _____

1.2.3 Colonia: _____ 1.2.4 Comunidad: _____

1.2.5 C.P.: _____

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

1.2.9 Teléfono: _____ 1.2.10 Recados: _____

1.2.11 Programa que lo atiende: _____ 1.2.12 Número: _____

2. Servicio o apoyo Solicitado: _____

3. Composición Familiar

No.	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	3.2. Fecha de nacimiento (DDMM/AAAA)	3.3 Sexo		3.4. Edo. Civil	3.5 Parentesco	4. Educación								5. Economía		
					H	M			4.1 *Escolaridad								5.2 Permanente	5.3 Eventual	5.4 Ingreso mensual
1									1	2	3	4	5	6	7	8			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
									5.5 Total										

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

6. Vivienda				7. Patrimonio			9. Total de Egresos			10. Balance de recursos		
6.1 Condición: Propia <input type="checkbox"/> En Pago <input type="checkbox"/>	Renta <input type="checkbox"/> Prestada <input type="checkbox"/>	6.4 Características Piso <input type="checkbox"/> Muro <input type="checkbox"/> Techo <input type="checkbox"/>		7.1 Tipo: Casa <input type="checkbox"/> Terreno <input type="checkbox"/>	Cantidad Valuada: <input type="checkbox"/>		9.1 Egresos Mensuales Alimentos <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/>			10.1 Ingreso Familiar <input type="checkbox"/>		
¿Por Quién? <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	6.5 Zona Urbana <input type="checkbox"/> Sub-urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Otro: <input type="checkbox"/>	7.2 Cuentas de Ahorro e Inversión Institución <input type="checkbox"/> Institución <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Transporte <input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Vestido <input type="checkbox"/> Recreación <input type="checkbox"/>			10.2 Otros Ingresos <input type="checkbox"/> 10.3 Total de Ingresos <input type="checkbox"/> 10.4 Total de egresos <input type="checkbox"/> 10.5 Diferencia <input type="checkbox"/> 10.6 Observaciones <input type="checkbox"/>		
6.2 Servicios Agua <input type="checkbox"/> Desechos <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/>	6.6 Menaje de casa Equipado <input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Austera <input type="checkbox"/>		6.7 Limpieza y organización: <input type="checkbox"/>		7.3 Vehículos Marca <input type="checkbox"/> Modelo <input type="checkbox"/>		Deudas <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>					
6.3 Tipo de vivienda y distribución Cocina <input type="checkbox"/> Baño <input type="checkbox"/> Dormitorios <input type="checkbox"/> Sala <input type="checkbox"/> Comedor <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>				8. Créditos Empresa <input type="checkbox"/> Empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		9.2 Total <input type="checkbox"/> 9.3 Observaciones <input type="checkbox"/>					
Casa <input type="checkbox"/> Depto. <input type="checkbox"/> Vecindad <input type="checkbox"/>												
Otro <input type="checkbox"/>												
11. Alimentación				12. Apoyos y Servicios Otorgados								
11.1 Frecuencia alimentaria	Día	Cada 3er. Día	Cada 8 días	Cada 15 días	Nunca	FECHA	INSTITUCIÓN	APOYO Y/O SERVICIO	PERIODO	MONTO		
Frutas y Verduras												
Cereales												
Leguminosas												
Alimentos de Origen Animal												
11.2 Observaciones:												

Usuario:
 Manifiesto bajo protesta de 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>

15. Plan de Intervención

ORIENTACION

E.S.E.

REGISTRO Y TARJETON

ENTREVISTA DIRECTA

PASE A CAJA Y A ARCHIVO

16. Evaluación

ANUAL O CUANDO SE REQUIERA

13. Salud

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

13.3 Enfermedades crónicas o discapacitantes de la familia:

14. Diagnóstico Sociofamiliar

14.1 Conclusión		
No.	Código	Problemática y/o Vulnerabilidades
1		
2		
3		

Diagnóstico

Detonante del Problema

1		
2		
3		

17. Notas de Seguimiento y/o Evolución

17.1 Fecha

17.2 Nombre del beneficiario:

17.3 No. De Expediente:
17.4 Descripciones:

VALORACION FUNCIONAL EXENTO DE PAGO

Nombre y Firma del Trabajador Social

Nombre y Firma del Coordinador

Situación del Caso

Abierto

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

Cerrado

Día	Mes	Año	Motivo
-----	-----	-----	--------



JALISCO

17. Notas de Seguimiento y/o Evolución

17.1 Fecha

17.2 Nombre del beneficiario:

17.3 No. De Expediente:
17.4 Descripciones:

VALORACION FUNCIONAL EXENTO DE PAGO

Nombre y Firma del Trabajador Social

Nombre y Firma del Coordinador

Situación del Caso

Abierto

Día	Mes	Año

Cerrado

Día	Mes	Año	Motivo