



FECHA:

No. FOLIO:

No. DE EXPEDIENTE:

1.- DATOS DEL BENEFICIARIO :

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE(S)	
CALLE		NÚMERO		COLONIA	
LOCALIDAD		MUNICIPIO		ESTADO	
CÓDIGO POSTAL / /		TELÉFONO DE CASA		TELÉFONO CELULAR AÑO(S)	
(H/M) SEXO	(dd / mmm / aaaa) F. DE NACIMIENTO	Municipio, Estado LUGAR DE NACIMIENTO	TIEMPO DE RADICAR EN EL ESTADO		
SOLTERO(A) / CASADO(A) / DIVORCIADO(A) / SEPARADO(A) / VIUDO(A) / UNIÓN LIBRE ESTADO CIVIL		C.U.R.P.		NINGUNO / PRIMARIA / SECUNDARIA / BACHILLERATO TÉCNICA(O) / LICENCIATURA / MAESTRÍA / DOCTORADO NIVEL DE ESCOLARIDAD	
<input type="checkbox"/> NO (PASAR A OCUPACIÓN)		<input type="checkbox"/> SÍ			
RECIBE ATENCIÓN MÉDICA		QUIÉN SE LA OTORGA		INSTITUCIÓN	
<input type="checkbox"/> DESEMPLEADO(A) <input type="checkbox"/> EMPLEADO(A) <input type="checkbox"/> TRABAJA POR SU CUENTA <input type="checkbox"/> PENSIONADO(A) <input type="checkbox"/> JUBILADO(A)		SU EMPLEO / PAPA / MAMÁ / HIJO / HIJA / TUTOR(A) / CONCUBINO(A)		IMSS / ISSSTE / SEGURO POPULAR / INSABI / SEDENA / PEMEX / ARMADA / MARINA / SEGURO PRIVADO	
OCUPACIÓN				INGRESO MENSUAL	

2.- APOYO(S) SOLICITADO(S) AL PRACTICARLE EL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO (PRIMERA VEZ O ACTUALIZACIÓN) :

3.- DOCUMENTACIÓN QUE PRESENTA PARA CREAR SU EXPEDIENTE (FAVOR DE MARCAR RECUADRO CON UNA ✓) :

CREDENCIAL DE ELECTOR (SÓLO MAYORES DE EDAD)
 C.U.R.P.
 CREDENCIAL NACIONAL DE DISCAPACIDAD (EMITIDA POR INSTITUCIONES FACULTADAS POR LEY GENERAL DE SALUD)

CONSTANCIA Ó DIAGNÓSTICO MÉDICO DE LA DISCAPACIDAD (SÓLO LOS EMITIDOS POR INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD)
 COMPROBANTE DE DOMICILIO: LUZ AGUA PREDIAL (NO MAYOR DE 3 MESES)

ACTA DE NACIMIENTO (SÓLO MENORES DE EDAD)
 CREDENCIAL DEL INM (SÓLO EXTRANJEROS)
 CARTA DE NATURALIZACIÓN (SÓLO EXTRANJEROS)
 CÉDULA DE IDENTIDAD CIUDADANA

4.- CASO CANALIZADO POR (DEJAR CAMPOS EN BLANCO SI ACUDIÓ DIRECTAMENTE AL INSTITUTO) :

DEPENDENCIA / LUGAR:

TRABAJADOR(A) SOCIAL / EMPLEADO(A):

ÁREA: TELÉFONO(S):

5.- ESTRUCTURA FAMILIAR < INCLUYENDO A EL(LA) BENEFICIARIO(A), ENLISTAR LAS PERSONAS QUE HABITAN EN SU DOMICILIO > :

NOMBRE	EDAD	SEXO	PARENTESCO CON	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	INGRESO



5.- ESTRUCTURA FAMILIAR (CONTINUACIÓN, VIENE DE PÁGINA 1 DE 3) :

NOMBRE	EDAD	SEXO	PARENTESCO CON	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	INGRESO

¿ A CUÁL SERVICIO MÉDICO ASISTEN ? IMSS ISSSTE SEGURO POPULAR/INSABI SEDENA PEMEX ARMADA/MARINA
 OTRO, ESPECIFICAR: _____ SEGURO PRIVADO, ESPECIFICAR: _____ NO TIENE

¿ CUÁNTAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD HAY EN SU HOGAR ? _____

¿ QUÉ TIPO DE DISCAPACIDAD TIENEN ? MUSCULOESQUELÉTICA ¿ CUÁNTAS ? NEUROMOTORA ¿ CUÁNTAS ? MOTRÍZ ¿ CUÁNTAS ? AUDITIVA ¿ CUÁNTAS ?
 VISUAL ¿ CUÁNTAS ? INTELLECTUAL ¿ CUÁNTAS ? PSICOSOCIAL ¿ CUÁNTAS ?

6.- SITUACIÓN ECONÓMICA

GASTO FAMILIAR (MENSUAL APROXIMADO):

ALIMENTACIÓN \$ _____ SALUD \$ _____ TRANSPORTE \$ _____
 EDUCACIÓN \$ _____ SERVICIOS PÚBLICOS \$ _____ TELÉFONO \$ _____
 VIVIENDA (RENTA) \$ _____ VIVIENDA (INFONAVIT) \$ _____ OTROS \$ _____

7.- VIVIENDA

¿ SU VIVIENDA ES ? NO TIENE, VIVE EN SITUACIÓN DE CALLE < PASAR A 8.- SALUD DE EL(LA) BENEFICIARIO(A) >

PROPIA RENTADA PRESTADA

¿ SU VIVIENDA CUENTA CON ? ENERGÍA ELÉCTRICA (LUZ) GAS DRENAJE BAÑO TELÉFONO AGUA POTABLE
 INTERNET TELEVISIÓN DE PAGA OTRO(S), ESPECIFICAR: _____

MATERIAL(ES) DE CONSTRUCCIÓN DE LA VIVIENDA:

PAREDES MADERA LÁMINA METÁLICA LÁMINA DE CARTÓN CARTÓN SIMPLE

LADRILLO Y MORTERO, CASTILLOS Y COLUMNAS DE CONCRETO; ¿ CON ENJARRE ? SÍ NO

TABICÓN Y MORTERO, CASTILLOS Y COLUMNAS DE CONCRETO; ¿ CON ENJARRE ? SÍ NO

OTRO, ESPECIFICAR: _____

TECHO MADERA LÁMINA METÁLICA LÁMINA DE CARTÓN CONCRETO CARTÓN

PISO TIERRA FIRME DE CONCRETO
 FIRME CON PISO CERÁMICO FIRME CON VITROPISO

ESPACIOS DEL HOGAR: SALA COCINA COMEDOR RECÁMARAS, ¿ CUÁNTAS ? _____

NÚMERO DE HABITACIONES QUE SE UTILIZAN PARA DORMIR (SIN CONTAR LOS PASILLOS Y CORREDORES): _____



8.- SALUD DE EL(LA) BENEFICIARIO(A)

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

¿ CUÁL ES LA CAUSA DE LA DISCAPACIDAD ? POR ACCIDENTE

CONGÉNITA < ENFERMEDAD O MALFORMACIÓN ADQUIRIDA DURANTE Ó DESPUÉS DE LA GESTACIÓN, ASÍ COMO EN LA NIÑEZ O EN LA ETAPA ADULTA A CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD; EJEMPLOS: PIE EQUINO-VARO, MALFORMACIONES CRANEO-FACIALES, LABIO-PALADAR HENDIDO, SORDERA Ó HIPOACUSIA (PÉRDIDA AUDITIVA MENOR A 70dB) POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS ACTIVAS COMO EL SARAMPIÓN, PAPERAS; MALFORMACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO Y PERIFÉRICO COMO EL TRASTORNO BIPOLAR, ESQUIZOFRENIA, ETC.; AMPUTACIONES DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES POR DIABETES >

GENÉTICA < ENFERMEDAD OCURRIDA DONDE EL MATERIAL GENÉTICO (LOS GENES) ESTÁN ALTERADOS, Y SE PUEDE LOCALIZAR DE MANERA CONCRETA EL LUGAR DENTRO DE LOS CROMOSOMAS DONDE SE ENCUENTRA LA ENFERMEDAD; EJEMPLOS: SÍNDROME DE DOWN, Distrofia muscular, LA OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA (HUESOS DE CRISTAL), ACONDROPLASIA (TALLA BAJA O ENANISMO); ETC. >

9.- EVALUACIÓN GENERAL

DIAGNÓSTICO SOCIAL:

SUGERENCIAS:

Me manifiesto sabedor(a) y conforme, de que la información proporcionada supra líneas, será utilizada para efectos estadísticos en el banco de datos sobre asistencia social, conformado por el Sistema Estatal de Información de Gestión Social (SIGES).

Nombre completo y firma ó huella digital
Beneficiario(a), Padre/Madre/Tutor(a) Legal

Nombre completo y firma
Elaboró Estudio Socioeconómico

Nombre completo y firma
Responsable del caso