

ESTUDIO SOCIOECONOMICO

Fecha:	Expediente:
Asunto:	

I. DATOS GENERALES

Interesado(a):

Estado Civil:	Sexo:	Escolaridad:
Fecha de Nac.:	Lugar de Nac.:	Ocupación:
Domicilio Particular:		
Colonia:	Localidad:	Teléfono:
Lugar donde labora:	Plaza:	Ingreso:
Domicilio:	Colonia:	Teléfono:
Tipo de discapacidad:		

II. DATOS ECONOMICOS

Ingresos		Egresos		Egresos		Egresos	
Padre	\$	Alimentación	\$	Educación	\$	Otros	\$
Madre	\$	Renta	\$	Teléfono	\$	Otros	\$
Hijos	\$	Agua	\$	Transporte	\$	Otros	\$
Otros	\$	Luz	\$	Vestido	\$	Otros	\$
Total	\$	Gas	\$	Crédito	\$	Otros	\$

OBSERVACIONES:

III. INTEGRACION Y CARACTERISTICAS FAMILIARES

Nombre	Parentesco	Sexo	Fecha Nac.	Fecha Defun.	Estado Civil	Escola- ridad	Ocupación	Depende de Usted	Plaza	Enferme- dades	Servicio Medico	Vive con Usted

Si algún integrante tiene discapacidad indicar quien es y que discapacidad que padece

OBSERVACIONES:

IV. VIVIENDA Y SUS CARACTERISTICAS

Status	Servicios		
<input type="checkbox"/> Propia	<input type="checkbox"/> Servicio Limpia	<input type="checkbox"/> Alumbrado	<input type="checkbox"/> Drenaje
<input type="checkbox"/> Rentada	<input type="checkbox"/> Vigilancia	<input type="checkbox"/> Agua	<input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> Prestada	<input type="checkbox"/> Deportivos	<input type="checkbox"/> Luz	_____
<input type="checkbox"/> Invasión	<input type="checkbox"/> Cines	<input type="checkbox"/> Transporte	_____
<input type="checkbox"/> Compartida	<input type="checkbox"/> Centro De Vicios	<input type="checkbox"/> Correos	_____

Distribución	Construcción	Condición	Higiene
<input type="checkbox"/> Recamaras	<input type="checkbox"/> Ladrillo	<input type="checkbox"/> Madera	<input type="checkbox"/> Buena
<input type="checkbox"/> Sala	<input type="checkbox"/> Block	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Regular
<input type="checkbox"/> Cocina	<input type="checkbox"/> Adobe	<input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Mala
<input type="checkbox"/> Baño	<input type="checkbox"/> Cartón		

Bienes		
<input type="checkbox"/> Camas	<input type="checkbox"/> Televisión	<input type="checkbox"/> Otros _____
<input type="checkbox"/> Estufa	<input type="checkbox"/> Refrigerador	_____
<input type="checkbox"/> Sala	<input type="checkbox"/> Automóvil	_____
<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> Terreno	_____
<input type="checkbox"/> Comedor		_____

OBSERVACIONES:

Frecuencia y Consumo de Alimentos

Tipos	Diario	Cada 3 Días	Cada 8 Días	Cada 15 Días	Nunca	Despensa
Carne						<input type="checkbox"/> Diario
Leche						<input type="checkbox"/> Semanal
Pescado						<input type="checkbox"/> Quincenal
Frijol						
Arroz						
Huevos						
Verdura						
Enlatados						

Observaciones:

Conclusiones:

Sugerencias:

Entrevisto:

Nombre y Firma