



SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE
RAYON S.L.P.

NOMBRE _____

FECHA _____

ASUNTO _____

DEPARTAMENTO A DONDE SE CANALIZA _____

ATENDIO _____

RECIBIO DEPARTAMENTO _____



SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

ESTUDIO SOCIOECONOMICO

Rayón, S.L.P. A ___ de _____ del 2017

I.- DATOS PERSONALES

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Edo. Civil: _____ Ocupación: _____ Escolaridad: _____

Domicilio: _____ TEL. _____

II.- DATOS PERSONALES:

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	EDO. CIVIL	OCUPACION

III.- ECONOMIA FAMILIAR:

PERSONAS QUE APORTAN INGRESOS FAMILIARES: (MENSUAL)

Padre: _____ Madre: _____ Hijos: _____

Otros: _____ Total De Ingresos: _____

IV.- DISTRIBUCION DE EGRESOS: (MENSUAL)

Renta: _____ Agua: _____ Luz: _____ Alimentación: _____ Educación: _____

Vestido: _____ Medico: _____ Otros Especifique: _____

V.- DATOS DE LA VIVIENDA:

Propia () Rentada () Prestada () Hipotecada () Otro ()

VI.- TIPO DE VIVIENDA:

Casa () Apartamento () Tejaban () Vecindad () Cuarto ()

VII.- MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN:

Paredes: _____ Techo: _____ Piso: _____



SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

VIII.- SERVICIOS DE VIVIENDA:

Agua Potable () Pavimento () Alumbrado () Servicio De Limpieza ()

Composición de la vivienda:

Dormitorios () Comedor () Cocina () Sala () Patio () Baño ()

Ventilación:

Buena () Regular () Mala () Pésima ()

Iluminación:

Buena () Regular () Mala () Pésima ()

Higiene y apariencia de la vivienda:

Buena () Regular () Mala () Pésima ()

Aparatos electrónicos:

T.V. () Estéreo () Dvd () Computadora () Video Casetera () Lavadora ()

H. Microondas () Licuadora () Plancha () Refrigerador () Estufa () Otro: _____

Mobiliario:

Comedor C. Sillas () Sala () Sillas Extras () Camas () Ropero O Closet ()

Condiciones del mobiliario:

Buenas () Regulares () Malas () Pésimas ()

IX.- DATOS DE SALUD:

Servicio médico familiar:

H. Central () Dispensario () Medico Part. () DIF ()

IMSS () ISSSTE () Centro De Salud () Otro: _____

Esta completa la cartilla de vacunación de sus hijos si () no ()

Enfermedades más comunes en la familia:

Gastrointestinales () Congénitas () Nerviosa () Respiratorias () Infecciosas () Otras: _____

Algún miembro de la familia ha padecido alguna enfermedad grave:

Permanente o contagiosa: si () cual _____ no ()

Alguno a sido intervenido quirúrgicamente: si () de _____ no ()



Sistema Municipal DIF 2015-2018

SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Alguno presenta tabaquismo, alcoholismo o drogadicción: si () no ()

Realiza su detección de cáncer si () no ()

Es usuario del programa de planificación familiar: si () no ()

X.- ALIMENTACIÓN:

	Hora	Descripción
Desayuno		
Comida		
Cena		

Acostumbra comer solo o en familia:

XI.- RECREACIÓN:

¿Con quién pasa su tiempo libre? _____

¿A que dedica su tiempo libre? _____

¿Cuánto tiempo dedica a sus hijos? _____

Problemas Detectados: _____

Observaciones: _____

REALIZO: _____ FIRMA: _____

JOSE IRINEO GUILLEN URIBE
RESPONSABLE DEL DEPARTAMENTO DE
TRABAJO SOCIAL SMDIF RAYON S.L.P.