

## Estudio Social

No. De Expediente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del  
paciente: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

### 1.- Identificación familiar:

Nombre	Parentesco	Edad	Escolaridad	Ocupación	Estado Civil	Ingreso mensual	Aportación al hogar

#### 1.1.- Calificación:

Ingreso familiar mensual	Calificación	Personas que viven en la casa del usuario	Calificación	Dependientes económicos	Calificación
Sin salario	1	8 y más	1	8 y más	1
Menos de \$ 2 000	2	5 a 7 integrantes	2	5 a 7	2
\$ 2,001 a \$ 3,000	3	3 a 4 integrantes	3	3 a 4	3
\$ 3,001 a \$ 4,000	4	1 a 2 integrantes	0	1 a 2	0
\$ 4,001 a \$ 5,000	5				
Más de \$ 5,001	6				

### 2.- Egresos familiares:

Alimentación		Medicamentos	
Renta		Transporte	
Luz y Agua		Diversiones	
Combustible		Abonos	
Educación		Otros	
Vestido		Total:	

2.1 .- ¿Los ingresos familiares son suficientes para cubrir sus necesidades?, ¿por qué?.

Si ☐ No ☐

2.2.- ¿Cómo enfrentan los problemas económicos? (si hay déficit cómo los cubren, si hay excedentes en qué lo utilizan)

### 3.- Vivienda

3.1 La casa donde viven es:	Calificación	3.2.- Tipo de vivienda		3.3.- Zona de ubicación	
Prestada	1	Cuarto		Rural	
Rentada	2	Jacal/Choza		Sub-Urbana	
Propia	3	Casa rural			
		Vecindad			
		Departamento			
		Casa sola		Urbana	

#### 3.4.- Material de construcción.-

Muros  Techos  Pisos

#### 3.5.- Número de habitaciones:

No. De recamaras  Sala comedor  Cocina (área específica)

Baño individual  Patio  Otra

3.6.- Número de personas por dormitorio	
4 o más personas	
3	
1 ó 2 personas	

#### 3.5.- ¿Cómo se siente en relación a su vivienda?

Totalmente satisfecho	Moderadamente satisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Moderadamente Insatisfecho	Insatisfecho

#### 4.- Servicios (cuenta con)

Agua pota	Luz	Drenaje	Teléfono	Alumbrado público	Pavimento	Alcantarillado	Servicio de limpia	Transporte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### 4.1 Control de escretas:

WC. ☐ Letrina ☐ Fosa séptica ☐ Aire Libre ☐

4.1.- ¿Cuenta con automóvil particular? Si ☐ No ☐

#### 5.- Alimentación.

5.1.- Comidas que hace la familia al día: \_\_\_\_\_  
Horario habitual: Desayuno ☐ Colación ☐ Comida ☐ Colación ☐ Cena ☐

##### 5.2 Frecuencia de alimentos por semana:

Alimento	Frecuencia	Alimento	Frecuencia	Alimento	Frecuencia	Alimento	Frecuencia
Frutas	<input type="checkbox"/>	Carne de res	<input type="checkbox"/>	Huevo	<input type="checkbox"/>	Refresco	<input type="checkbox"/>
Verduras	<input type="checkbox"/>	Carne de cerdo	<input type="checkbox"/>	Enlatados	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Cereales (arroz, trigo, pastas)	<input type="checkbox"/>	Pollo	<input type="checkbox"/>	Embutidos	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Leguminosas (frijoles, lentejas, etc)	<input type="checkbox"/>	Pescado	<input type="checkbox"/>	Frituras	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Observaciones:

#### 6.- Datos familiares significativos:

(describir situaciones familiares relevantes que estén asociadas con el consumo de sustancias, si realizan actividades juntos y cómo las organizan, cómo resuelven sus conflictos y problemas, hay enfermos crónicos bajo el cuidado de la familia, cómo califican su relación familiar, qué aspectos visualizan que sería necesario mejorar)

7.- ¿Cómo percibe el paciente la relación con su familia y viceversa?

8.- Ambiente escolar.

*(Estudia o no y por qué, cómo es su desempeño, con qué habilidades cuenta, cómo se siente en relación a la escuela, cómo son las relaciones con sus directivos, maestros y compañero; le gustaría seguir estudiando si, no y por qué)*

9.-Ambiente laboral.

*(Trabaja o no y por qué, qué actividad realiza, cuántas horas trabaja al día y su horario es fijo o variable, cómo es su desempeño y con qué habilidades cuenta, como se siente con su trabajo y qué dificultades ha tenido, cómo son sus relaciones laborales con jefes, compañeros y/o subordinados, le gusta su trabajo o no y por qué)*

Periodo más largo que ha permanecido en un empleo fijo: \_\_\_\_\_

10.- Ambiente comunitario.

*(¿ Tiene relación con vecinos, de qué tipo son sus relaciones, tiene problemas en su colonia o comunidad, de qué tipo, frecuencia, cómo se siente en relación a esto, con quien acude cuando tiene un problema, tiene amigos o no y por qué, son consumidores de alguna sustancia, problemas sociales que existen en su colonia)*

11.- ¿Qué actividades realiza o le gustaría realizar en su tiempo libre?

12.- Servicios comunitarios que se encuentran al alcance del usuario.

Culturales	Deportivos	Recreativos
Educativos	Otros	

13.- ¿Se le puede visitar en su domicilio?      Si      ☐      No      ☐

(¿Por qué? y en caso afirmativo agregar horarios de visita, rutas de transporte, etc.)

13.1.- Medio que utiliza para transportarse a la UNEME-CAPA: \_\_\_\_\_

Tiempo: \_\_\_\_\_ Costo: \_\_\_\_\_

14.- Diagnóstico Social.

La información recabada considera que es confiable y por qué

Impresión diagnóstica social

Plan rehabilitación y reinserción social

Pronóstico social

15.- Cuota de recuperación. (En el caso de se que se haga un cobro por parte de la Unidad se integra el tabulador estatal).

16.- Observaciones:

Próxima cita:

Día: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_ Responsable: \_\_\_\_\_

Nombre del Trabajador Social: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Cédula profesional: \_\_\_\_\_