

UNEME CAPA

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

Paciente:
Sexo: (M / F) RFC
Edad: CURP

Servicio No. Expediente
Procedencia del Caso Nivel socioeconómico
Hospital que refiere al paciente

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombre (s) <input type="text"/>	Apellido paterno <input type="text"/>	Apellido materno <input type="text"/>
Estado Civil <input type="text"/>	Sexo <input type="text"/> (M / F)	Escolaridad <input type="text"/>
Ocupación <input type="text"/>	Religión <input type="text"/>	Derechohabiente <input type="text"/>
Edad <input type="text"/>	Originario <input type="text"/>	
Domicilio permanente (calle y número) <input type="text"/>	Colonia <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>
Estado <input type="text"/>	Municipio <input type="text"/>	C.P. <input type="text"/>

DATOS GENERALES DEL FAMILIAR RESPONSABLE

Nombre completo <input type="text"/>	Parentesco <input type="text"/>	
Domicilio <input type="text"/>	Colonia <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>
Estado <input type="text"/>	Municipio <input type="text"/>	C.P. <input type="text"/>
Diagnóstico médico <input type="text"/>		Condición Legal <input type="text"/>
Inclusión al programa de salud <input type="text"/>		Folio <input type="text"/>

Análisis social familiar

Nombre	Parentesco	Edad	Escolaridad	Ocupación	Salario
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CRITERIOS DE ASIGNACION SOCIOECONÓMICA

Ingreso familiar en salario mínimo mensual <input type="text"/>	Ocupación del aporte principal <input type="text"/>	Derechohabiente <input type="text"/>
Calificación <input type="text"/>	Calificación <input type="text"/>	Calificación <input type="text"/>

Necesidades básicas

Egresos económicos <input type="text"/>		
Alimentación <input type="text"/>		
Vivienda <input type="text"/>	Residencia <input type="text"/>	Estado de salud familiar <input type="text"/>
Educación <input type="text"/>	Calificación <input type="text"/>	Calificación <input type="text"/>
Otros <input type="text"/>		
Total <input type="text"/>		

% Egresos familiares

Calificación

Vivienda

Posesión <input type="text"/>	Calificación <input type="text"/>
Tipo de vivienda <input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de cuartos <input type="text"/>	<input type="text"/>
	Calificación total <input type="text"/>

Número de personas por dormitorio

Cuatro o más Tres Una o dos

Material de la vivienda

Concreto Piedra/Adobe Lámina/Carton asbestos Otros

Número de cuartos

Uno Dos Tres Más de Tres

Cocina

Cuenta con área específica dentro de la vivienda Fuera de la vivienda

Energía eléctrica

En la vivienda Fuera de la vivienda No

Agua potable☐ En la vivienda ☐ Fuera de la vivienda ☐ Pipa ☐ No**Disposición de las excretas**☐ Drenaje ☐ Letrina ☐ Fosa séptica ☐ Área Libre ☐ Intra ☐ Extra**Fauna**☐ Perro ☐ Gato ☐ Aves ☐ Cerdo ☐ Otros ☐ No tiene**CUADRO DE ASIGNACIÓN SOCIOECONÓMICA**

SUMA DE CALIFICACIONES	
INGRESO FAMILIAR	5
OCUPACIÓN	5
NECESIDADES BÁSICAS	5
RESIDENCIA	5
DERECHOHABIENCIA	5
ESTADO DE SALUD FAMILIAR	5
VIVIENDA	5
TOTAL	35

ESCALA DE CALIFICACIONES
NIVEL I (UNO)
5 A 9
X

MARGINACIÓN SOCIAL

DIAGNÓSTICO SOCIAL FAMILIAR:**PLAN DE ACCIÓN:****NOMBRE Y FIRMA Y CÉDULA DE TRABAJADOR SOCIAL**

El formulario se puede guardar de
acuerdo al tabulador vigente de la
entidad federativa