**FORMULARIO DE ESTUDIO DOMICILARIO**

**DATOS GENERALES DE LA MADRE**

NOMBRE Y APELLIDO:

DIRECCION:

ESTADO CIVIL:

EDAD:

CEDULA DE IDENTIDAD:

NIVEL ACADEMICO:

OCUPACION:

ENTRADA ECONOMICA:

TELEFONO:

**DATOS GENERALES DEL PADRE**

NOMBRE Y APELLIDO:

DIRECCION:

ESTADO CIVIL:

EDAD:

CEDULA DE IDENTIDAD:

NIVEL ACADEMICO:

DECLARADO:

OCUPACION:

ENTRADA ECONOMICA:

TELEFONO:

**DATOS DEL NNA REPORTADO**

NOMBRE Y APELLIDO:

EDAD:

FECHA DE NACINIENTO:

DECLARADO:

NIVEL ACADEMICO:

CENTRO ESCOLAR:

**FECHA DE LA SOLICITUD**:

**SOLICITADO POR**:

**MOTIVO** **DE** **LA** **INVESTIGACION**:

**ENTREVISTADO** **POR**:

**FECHA** **DE** **LA** **VISITA**:

**HISTORIA DEL CASO/ANTECEDENTES:**

**SITUACION ACTUAL:**

**CUADRO FAMILIAR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y Apellido** | **Edad** | **Sexo** | **Escolaridad** | **Parentesco** | **Declarado/a** | **Ocupación** | **Entrada Económica** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**ECONOMIA GLOBAL O PER CAPITA DE LA FAMILIA:**

**MEDIOS DE VIDA DE LOS MORADORES:**

**CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA (VENTILACION, ILUMINACION, HIGIENE, ALREDEDORES):**

**(PELIGROSIDAD) EXISTEN COLEGIOS, CENTROS DE SALUD, PARQUES, ETC.:**

**PADECIMIENTO DE ENFERMEDADES DE LOS MORADORES DE LA VIVIENDA SI ASISTEN ALGUN CENTRO DE SALUD, SI HAN SIDO VACUNADO CONTRA ENFERMEDADES:**

**HABITAT GENERAL DE LA FAMILIA**:

**FUENTES COLATERALES (PUEDE SER UN VECINO, LA ESCUELA, LIDER COMUNITARIO, PRESIDENTE DE JUNTA DE VECINO O UNA PERSONA CONFIABLE QUE NOS APORTE DATOS DEL CASO**:

**OBSERVACIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA ENTREVISTA, VISITA REALIZADA:**

**DIAGNOSTICO SOCIAL:**

**RECOMENDACIONES:**

**CONCLUSIONES:**

**FIRMA DE LA TRABAJADORA/O SOCIAL Y FECHA:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_