



**FUNDACIÓN DIABETES JUVENIL ECUADOR**  
**PROGRAMA DE APADRINAMIENTO 2020**  
**ESTUDIO SOCIOECONÓMICO DE LA FAMILIA**

**FORMULARIO No. \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Cod. \_\_\_\_\_**

**1. DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO**

Nombres: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Apellidos paternos, maternos, Nombres

¿Cómo le llaman? \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: (ciudad y provincia) \_\_\_\_\_

Está inscrito el niño/a en el Registro Civil: Si ( ) No ( ) CI: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ CI: \_\_\_\_\_ Telf: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ CI: \_\_\_\_\_ Telf: \_\_\_\_\_

¿Cómo se identifica? Indígena ( ) afroecuatoriano ( ) montubio ( ) mestizo ( ) blanco ( ) otro \_\_\_\_\_

¿Presenta algún tipo de discapacidad? Si ( ) No ( ) Tiene carnet de discapacidad Si ( ) No ( )

**1.1. DATOS EDUCATIVOS**

a) ¿Asiste a la escuela ahora? Si ( ) No ( )

b) ¿Asiste a una escuela especial? Si ( ) No ( )

c) ¿Asiste a una escuela con modalidad a distancia? Si ( ) No ( )

d) ¿En qué curso está o último año que cursó?

( ) Prekinder

( ) Básica/Primaria (1ero a 10mo.) (curso: \_\_\_\_\_)

( ) Secundaria/Colegio (1ero. a 3ro. bachillerato) (curso: \_\_\_\_\_)

( ) Universidad (carrera: \_\_\_\_\_) (año / semestre: \_\_\_\_\_)

e) Nombre de la institución educativa a la que asiste \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Telf: \_\_\_\_\_

Pública ( ) Privada ( ) Fiscomisional ( )

f) Si no se encuentra estudiando, indique entre las opciones ¿el por qué?

Situación económica ( ) Situación de salud ( ) No hay escuela o colegio cerca ( )

No quiere estudiar ( ) Necesita trabajar ( ) Otro ( ) \_\_\_\_\_

g) ¿Cuántos días faltaste por causa de la diabetes en el último año?

1 a 5 días ( ) 6 a 10 días ( ) 11 a 15 días ( ) un mes ( ) ninguno ( )

**1.2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DOMICILIARIA**

Provincia/Cantón/Parroquia \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Sector-Barrio-Recinto-Comuna /Manzana-Lote -Kilómetro

Calles – intersección: \_\_\_\_\_

Alguna referencia que esté cerca del domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: (fijo y celular) \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

¿Algún familiar u otra persona que nos podamos comunicar en caso de no encontrar a nadie en casa?

Telf: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Medios de transporte para llegar al domicilio desde la ciudad más cercana (señalar la cooperativa de bus): \_\_\_\_\_

### **ESTRUCTURA FAMILIAR**

Señalar el número de personas que habitan en el hogar (incluir al beneficiario/a)

Nº	Nombre completo	Edad	Sexo	Estado Civil	Parentesco con el beneficiario	Escolaridad	Ocupación	Observación

### **1.3. APOYO PARA LA DIABETES**

- a) ¿Tiene médico para la diabetes? Si ( ) No ( )
- b) ¿Nombre del médico? \_\_\_\_\_ Especialidad. \_\_\_\_\_
- c) ¿En qué centro médico/ clínica u hospital atiende? \_\_\_\_\_
- d) ¿Número de visitas al médico último año? \_\_\_\_\_ Fecha última visita \_\_\_\_\_
- e) ¿Asistes a talleres de educación en diabetes? Si ( ) No ( ) ¿Dónde? \_\_\_\_\_
- g) ¿Tienes seguro médico? Si ( ) No ( ) ¿cubre la diabetes? \_\_\_\_\_
- h) ¿Recibes alguna ayuda para tu diabetes? Especificar \_\_\_\_\_
- i) ¿Aparte de la diabetes tienes otra enfermedad? \_\_\_\_\_
- j) ¿A qué distancia esta del Sub- Centro de Salud/hospital más cercano ? \_\_\_\_\_

## **2. DATOS ECONÓMICOS DE LA FAMILIA : INGRESOS Y EGRESOS**

¿Quién toma las decisiones económicas en su hogar? \_\_\_\_\_

a) **INGRESOS: (mensuales)** (ingresar el número de personas que aportan económicamente en el hogar)

Nombre	Relación de parentesco con el beneficiario	Ocupación	Ingreso Mensual	Otros ingresos	Origen del ingreso

b) **EGRESOS: (mensuales)**

#### **Tipo de Gastos**

Alimentación \$ \_\_\_\_\_

Arriendo \$ \_\_\_\_\_

Agua \$ \_\_\_\_\_

Luz \$ \_\_\_\_\_

Gas/combustible \$ \_\_\_\_\_

Transporte \$ \_\_\_\_\_

Educación \$ \_\_\_\_\_

Colación \$ \_\_\_\_\_

Vestimenta \$ \_\_\_\_\_

Calzado \$ \_\_\_\_\_

#### **Costos de Diabetes:**

Exámenes: c/3m \_\_\_\_\_ c/6m \_\_\_\_\_

Hemoglobina HbA1c \_\_\_\_\_

Fructosamina \_\_\_\_\_

Glucosa \_\_\_\_\_

Insulina \_\_\_\_\_

Teléfono fijo	\$ _____	Útiles de aseo	\$ _____	Tiras reactivas	_____
Teléfono celular	\$ _____	Recreación	\$ _____	Consulta médica	_____
Internet	\$ _____	Créditos	\$ _____	Otros insumos	_____
<b>Total Egresos</b>	<b>\$ _____</b>	<b>Total Egresos</b>	<b>\$ _____</b>	<b>Déficit</b>	<b>\$ _____</b>

Si ingresa al programa de apadrinamiento. ¿Cuánto está dispuesto a ahorrar mensualmente para los gastos de la diabetes de su niño/niña/adolescente/jóven? \$ \_\_\_\_\_

### 3. VIVIENDA

La vivienda es:

Propia ( ) Arrendada ( ) Anticresis ( ) Cedida ( ) Recibida por servicios ( ) Invasión ( )

Tipo de vivienda

Casa/villa( ) Departamento( ) Media agua( ) Rancho ( ) Cuarto inquilinato( ) Chozas/covacha( ) Otro ( ) ¿cuál? \_\_\_\_\_

¿La casa donde viven es compartida con otros familiares u arrendatarios? si ( ) no ( )

Material predominante del techo

Hormigón ( ) Asbesto ( ) Zinc ( ) Teja ( ) Palma, paja, y hoja ( ) Otro ( ) ¿cuál? \_\_\_\_\_

Material Predominante de paredes exteriores

Hormigón ( ) Ladrillo/bloque ( ) Adobe ( ) Madera ( ) Caña bahareque ( ) Otro ( ) ¿cuál? \_\_\_\_\_

Piso de la vivienda

Duala, parquet, tablón, piso flotante ( ) Tabla ( ) Cerámica, baldosa, vinil, mármol ( ) Ladrillo, cemento ( ) Caña ( ) Tierra ( ) Otro ( ) ¿cuál? \_\_\_\_\_

¿Cuántos espacios tiene la casa (número de cuartos) ( )

¿Cuántos son exclusivos para dormir? ( )

¿Existe un espacio exclusivo para cocinar? ( ) \_\_\_\_\_

¿Existe hacinamiento? Si ( ) No ( )

¿Qué otros espacios existen en la casa?

Patio ( ) jardín ( ) terreno ( ) taller ( ) local( )

¿El abastecimiento de agua a su hogar llega por?

Tubería dentro de la vivienda ( ) Grifo y pozo público o privado ( )

Tubería fuera de la vivienda ( ) Río, acequia, manantial, ojo de agua ( )

No recibe agua por tubería, sino por otros medios ( )

El agua que toman los miembros del hogar:

La beben como llega ( ) La hierven ( ) Ponen cloro ( ) La filtran ( ) Compran agua purificada ( )

¿El servicio higiénico es? compartido ( ) privado ( )

¿Está conectado a? Alcantarillado ( ) Pozo séptico ( )

Pozo ciego, río, quebrada ( ) Letrina ( ) No tiene ( )

Mobiliario: (indicar en el paréntesis el número que posee)

Refrigeradora ( ) televisión ( ) cocina ( ) microondas ( ) lavadora ( ) DVD ( )

Equipo de sonido ( ) computadora ( ) impresora ( ) calefón/termostato ( ) ducha eléctrica ( )

¿Tiene auto? Si ( ) No ( ) ¿Tiene moto? Si ( ) No ( )

¿Utiliza su auto como fuente de trabajo? Si ( ) No ( )

En caso de tener un taller o microempresa especifique que herramientas de trabajo tiene.

#### 4. SALUD

##### DATOS MÉDICOS (DIABETES)

Tipo de Diabetes Tipo 1 ( ) tipo 2 ( )

¿Cuándo le diagnosticaron? Fecha: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

¿Cómo le diagnosticaron? Cetoacidosis ( ) Coma Diabético ( ) Examen de rutina ( ) Sintomatología ( )

¿Ha convulsionado alguna vez en su vida? Si ( ) No ( ). ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_

¿Maneja Glicemias por si mismo? Si ( ) No ( )

¿Qué marca de glucómetro usa? \_\_\_\_\_

¿Qué otros métodos de control utiliza?

Pruebas de sangre ( ) Cetonas ( )

Hemoglobina glicosilada (HbA1C) ( ) Adivino a menudo ( )

Adivino a veces ( ) Otro ( )

¿Cuántas veces al día mide su glucosa? \_\_\_\_\_

Señale con una (x) en que parte del día mide su glucosa

Ayunas	Media mañana	Almuerzo	Media tarde	Cena	Antes de dormir	Durante la noche/madrugada

Es muy diferente cada día ( ) No me mido a menudo ( ) Nunca o casi nunca me mido ( )

Su promedio de glucosa en los últimos 15 días está entre el rango de:

80 < mg/dl ( ) 80-140mg/dl ( ) 150 mg/dl-200mg/dl ( ) 200 – 300 mg/dl ( ) >300 mg/dl ( )

¿Hace correcciones cuando está alto? Si ( ) No ( )

¿Ha tenido hipoglucemias severas / convulsiones Si ( ) No ( )

¿Cuántas veces en el último año? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas veces desde el diagnóstico? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces le han hospitalizado por la diabetes desde su diagnóstico \_\_\_\_\_ última vez \_\_\_\_\_ (fecha)

¿En qué fecha se realizó el último examen de hemoglobina glicosilada (HB1Ac)? \_\_\_\_\_ Valor \_\_\_\_\_ %

¿Con qué frecuencia se hace este examen? N° veces al año \_\_\_\_\_

¿En qué fecha se realizó el último examen de fondo de ojo? \_\_\_\_\_

¿En qué fecha se realizó el último examen de microalbuminuria (riñón)? Fecha \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_

¿Qué insulina usa? Marque con una (x)

Tipo de insulina	Nombre	
Rápida	Regular (R)	
Ultrarápida	Lispro (Humalog®)	
	Aspart( NovoRapid® o NovoLog®)	

	Glulisina (Apidra®)	
Lenta o intermedia	NPH	
Ultralenta	Glargina (Lantus®)	
	Detemir (Levemir®)	
Mixta	70/30, 75/25	
Otras		

¿Número de veces que se inyecta?

Insulina Lenta \_\_\_\_\_ Insulina Rápido \_\_\_\_\_

¿Qué dosis de insulina se aplica durante el día? (Esquema del día anterior)

	Ayunas	Media mañana	Almuerzo	Media tarde	Cena	Antes de dormir	Durante la noche
Tipo de insulina							
Dosis							

## 5. ALIMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO (Recordatorio de 24 horas)

Desayuno	Media Mañana	Almuerzo	Media Tarde	Merienda

- a. ¿Cuándo tienes hipoglucemia, cuál es el tratamiento? Si nunca ha tenido, ¿Qué tratamiento piensa que es el adecuado? \_\_\_\_\_
- b. Alguna enfermedad de gravedad que tenga algún familiar (Especifique quién, qué enfermedad y si recibe tratamiento). \_\_\_\_\_

## 6. RECREACIÓN Y USO DEL TIEMPO LIBRE

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Tiempo/min.							
Tipo de ejercicio o actividad							

## 7. DINÁMICA FAMILIAR / RELACIÓN AFECTIVA (No llenar, uso exclusivo FDJE)

- a. Organización y funcionamiento  
\_\_\_\_\_
- b. Comunicación: (en función del beneficiario)  
\_\_\_\_\_
- c. ¿Recibe algún tipo de maltrato?  
Psicológico ( ) Físico ( ) ¿Quien lo realiza? \_\_\_\_\_  
Especifique: \_\_\_\_\_

Identifica algún indicio de problema psicológico:

Falta de autoestima ( ) Conducta manipuladora ( ) Ansiedad /Depresión ( ) Desórden alimentario ( )

Falta de aceptación a la diabetes ( ) Otro: cual? \_\_\_\_\_

**8. DIAGNÓSTICO SOCIAL** (no llenar este espacio, uso exclusivo de los técnicos de la FDJE)

---

---

---

---

---

---

---

Fecha de visita: \_\_\_\_\_

Encargado FDJE \_\_\_\_\_