



PROGRAMA DE NUTRICION EXTRAESCOLAR  
**Estudio Socio- Familiar  
Simplificado**

**Fecha de Elaboración:**

\_\_\_\_ Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año

**1. Identificación**

Nº de Expediente o Registro \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Nombre del Beneficiario :

Nombre del Responsable:

Tipo de Vulnerabilidad: \_\_\_\_\_ CURP \_\_\_\_\_

Comunidad: \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

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

**2. Composición Familiar**

Nombre Completo	Fecha de nacimiento	Sexo/ Edad		Edo. Civil	Relación Familiar con el Beneficiario	3. Educación	4. Ingresos				
		H	M			Especificar Escolaridad	Ocupación	* Eventual/ Permanente	Ingresos Mensuales	OTROS INGRESOS	Aportación al Gasto familiar

\* En ocupación anotar si es eventual o permanente\*\* Considerar en otros ingresos la cantidad que ingresa aparte del ingreso mensual Total \$ \_\_\_\_\_

**5. Vivienda**

**6. Egresos Mensuales**

<b>A. Condición</b>		<b>C. Tipo de vivienda y distribución</b>				<b>E. Mobiliario</b>		Anotar en c/u la cantidad gastada por mes	
Propia ( )	Casa ( )	Especifique Espacios		Combustible para cocinar		Señalar No. y tipo de muebles		Alimentos _____	
Rentada ( )	Cuarto ( )	Cocina ( )		Gas ( )		_____		Renta o pago de casa _____	
Compartida ( )	Departamento ( )	Baño ( )		Electricidad ( )		_____		Luz _____	
En pago ( )	Jacal ( )	Cuartos ( )		Leña ( )		_____		Agua _____	
Prestada ( )	Otro ( )	Patio ( )		Carbón ( )		_____		Combustible _____	
¿Quién? _____	Describe _____	Otros _____		Otros _____		Buenas condiciones ( )		Teléfono _____	
	_____	Características:		Electrodomésticos:		Malas condiciones ( )		Educación _____	
	_____	Techo ( )		Radio _____ Televisión _____		Observaciones _____		Trasporte _____	
	_____	Paredes ( )		Teléfono _____ Refrigerador _____				Medicina _____	
	_____	Piso ( )		Estufa de Gas _____				Ropa y calzado _____	
<b>B. Servicios</b>		<b>D. Característica</b>				<b>F. Limpieza y organización</b>		Deudas _____	
Agua	Desechos	Iluminación		Piso		Limpia ( )		Otros _____	
Entubada ( )	Fosa séptica ( )	Luz eléctrica ( )		Tierra ( )		Sucia ( )		Total _____	
Pozo ( )	Drenaje ( )	Aparato petróleo ( )		Ladrillo ( )		Ordenada ( )		Observaciones _____	
Pipa ( )	Aire libre ( )	Velas ( )		Cemento ( )		Desordenada ( )		_____	
		Gas ( )		Mosaico ( )		Iluminación buena ( ) mala ( )		_____	
				Block ( )		Ventilación buena ( ) mala ( )		_____	
				Otros _____		Observaciones _____		_____	
				_____					

7. LA ALIMENTACIÓN LA CONSIDERA :						11. DIAGNOSTICO SOCIAL	
Buena ( )	Regular ( )	Mala ( )				1.- Señale la problemática que presenta la familia: a) Económica b) Violencia Intrafamiliar c) Adicciones d) Legales e) Salud f) Educación g) Alimentación h) Desempleo i) Otros _____ 2.- Qué ha hecho la familia para resolver la problemática detectada: _____ 3.- Hay colaboración y apoyo entre los miembros de la familia: a) Si b) No Por que _____ 4.- ¿Quién desempeña el papel de jefe de familia? _____ 5.- ¿Qué problemáticas se observan en la comunidad: a) Pandillerismo b) Delincuencia c) Drogadicción d) Falta de Fuentes de empleo e) Falta de medios de comunicación f) Otros _____	
	Diario	C/ 3 Días	C/8 Días	C/15 Días	C/ Mes		
Frijol							
Tortilla							
Verdura							
Came							
Leche							
Huevo							
Sopas							
Soya							
Fruta							
(Marcar con una X la frecuencia de su consumo)							
8. SERVICIO O APOYO SOLICITADO A LA INSTITUCION							
9. APOYOS QUE SE LE HAN OTORGADO A LA FAMILIA							
¿Qué?	¿Quién?		¿Desde cuando?			12.- JUSTIFICACIÓN DE INGRESO O PERMANENCIA EN EL PROGRAMA	
10. SALUD						13.- CONDICION ETNICA	
Enfermedades o discapacidades de los miembros de la Familia							
¿Qué?	¿Quién padece?		¿Desde cuando?				
ATENCIÓN MEDICA RECIBIDA:				14. OBSERVACIONES			
IMSS	( )	Centro de Salud	( )				
Particular	( )	ISSSTE	( )				
Cruz Roja	( )	DIF	( )				
Servicios Médicos Municipales	( )	OTRO	_____				
observaciones _____							

Firma del beneficiario

Nombre y firma del encuestador

Vo.Bo. Director (a) DIF Municipal
Sello DIF Municipal