



## FICHA SOCIOECONÓMICA DEL POSTULANTE ADMISIÓN 2017-2

### A.-DATOS PERSONALES Y ACADÉMICOS DEL POSTULANTE

1. Apellidos y Nombres: .....
2. Lugar y Fecha de Nacimiento: ..... 3. Edad:.....
4. Tipo de Documento:..... 5. N° de Documento: .....
- 6.- Estado Civil: ..... 7. Sexo: a) Masculino b) Femenino
8. Domicilio: .....
9. Distrito: ..... Referencia:.....
10. Teléfono fijo: ..... 11. Celular: .....
12. Correo electrónico: .....
13. Especialidad a la que postula como primera prioridad: .....
14. Nombre de la Institución Educativa donde concluyó la secundaria:  
.....
15. Tipo de Institución Educativa:  
a) Estatal  
b) Particular b.1) Pago mensual.....  
c) No escolarizado c.1) Pago mensual.....  
d) Otros.....
16. Año en que concluyó su secundaria: .....
17. Promedio Final: .....
18. Última Academia donde se preparó (No CEPREUNI).....
19. Tiempo de preparación en la Academia: .....
20. Recibió en la Academia: a) Beca completa. b) Media beca. c) No recibió Beca.
21. Motivo de la Beca: a) Rendimiento Académico. b) Situación Económica.
22. Solicitó Anteriormente Semibeca para el Examen de Admisión UNI: a) Si b) No
23. En qué proceso de Admisión solicitó Semibeca:  
a) 2017-1 b) 2016-2 c) 2016-1 d) 2015-2 g) Otros.....



24. ¿Estudió o estudia en el CEPRE UNI? a) Si b) No  
Ciclo Básico..... Ciclo Pre..... Orden de Mérito..... Promedio de Notas.....
25. ¿Recibió Semibeca en CEPRE UNI a) Si b) No ¿Cuándo?.....
26. ¿Cuántas veces postuló a la UNI?  
a) Primera vez b) Una vez c) Dos veces d) Tres veces e) Cuatro veces  
e) Más de 5 veces

**OBSERVACIONES:**

.....

.....

.....

.....

**B.- SITUACIÓN FAMILIAR**

27. ¿Vive con sus padres en Lima? a) Si b) No ¿Dónde viven los padres?.....
28. De no vivir con ellos en Lima, ¿Con quién vive? :  
a) Solo b) Con parientes c) Con amigos

29. Respecto a sus padres:

(Para las respuestas a, b, c y d indicar la fecha)

- a) Ambos fallecieron: .....  
b) Padre falleció: .....  
c) Madre falleció: .....  
d) Ambos están vivos pero viven separados:.....  
e) Viven separados por motivos de trabajo  
f) Ambos viven juntos.
30. ¿Ambos padres trabajan? .....
31. ¿Situación laboral del jefe de hogar?  
a) Dependiente b) Independiente c) Eventual / Temporal
32. ¿Cuántas personas dependen del ingreso familiar?:.....  
(Padres, postulante, hermanos solteros y otros)
33. Sus relaciones familiares son: a) Conflictivas b) Regulares c) Buenas



34. ¿La familia cuentan con vehículo? a) Si b) No

Marca: ..... Año del Vehículo: ..... Año de adquisición: .....

Uso: ..... Particular: ..... Taxi: ..... Negocio: .....

35. ¿Su familia cuenta con el apoyo de una Trabajadora del Hogar? a) Si b) No

**OBSERVACIONES:**

.....

.....

.....

.....

**C. SITUACIÓN VIVIENDA**

36. Tenencia de Vivienda: a) Propia b) Alojado c) Alquilado d) Otros:.....

37. Tipo de Vivienda:

- a) Cuarto b) Vivienda en quinta c) Vivienda subdividida  
d) Dpto. en edificio e) Vivienda Independiente f) Otros: .....

38. Material de construcción predominante:

- a) Ladrillo/cemento b) Adobe/quincha c) Madera d) Estera  
e) Otro (especificar) .....

39. Número de pisos de la Vivienda:

- a) Un piso b) Dos pisos c) Tres pisos d) Más (especifique): .....

40. Cuantos dormitorios cuenta su vivienda .....

41. Servicios Básicos: (instalado dentro de la vivienda)

- a) Solo luz b) Solo agua c) Solo Agua y luz d) Agua, luz y desagüe  
e) Ninguna.....

42. Otros servicios: ( Marque con una X las opciones)

Cable ..... Teléfono ..... Internet ..... Vigilancia .....

43. Electrodomésticos y equipos que posee su familia: (Marque con una X las opciones)

Plancha	.....	Licuada	.....	T.V. a colores, simple	.....
T.V. Pantalla Plana.....		Refrigeradora	.....	Lavadora	.....
Aspiradora	.....	Lustradora	.....	DVD o BluRay	.....
Equipo de Sonido	.....	Microondas	.....	Congeladora	.....
Computadora	.....	Impresora	.....		



**OBSERVACIONES:**

.....

.....

.....

.....

**D. SITUACIÓN SALUD**

44. ¿Parece de alguna enfermedad frecuente?

- a) Enfermedades gastrointestinales (Especificar) .....
- b) Enfermedades respiratorias (Especificar-Tuvo TBC) .....
- c) Enfermedades de salud mental (Especificar) .....
- d) Otras (Especificar).....
- e) No se enferma.

45. ¿Recibió tratamiento de esta enfermedad?                      a) Si                      b) No

46. ¿Dónde se atiende cuando se enferma?

- a) Área Hospitalaria      b) Hospital de la Solidaridad      c) Posta Médica
- d) ESSALUD      e) Clínica particular      f) Otros (especificar) .....

47. ¿Actualmente alguien de su familia se encuentra enfermo?                      a) Si                      b) No

Si la respuesta es Sí que tipo de enfermedad padece:

- a) Cáncer – Tipo .....
- b) TBC
- c) Enfermedades mentales.....
- d) Otros (especificar) .....
- e) No hay enfermos

**OBSERVACIONES:**

.....

.....

.....

.....

.....