

5. FAMILIA				NIVEL DE INSTRUCCIÓN		DIAGRAMA FAMILIAR		6. VIVIENDA	
CONVIVE CON No En la casa En el cuarto madre <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> madrastra <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> padrastro <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hermanos <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hijo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Padre o sustituto Madre o sustituto <input checked="" type="radio"/> analfabeto <input type="radio"/> <input type="radio"/> prim. incomp <input type="radio"/> <input type="radio"/> primario <input type="radio"/> <input type="radio"/> secund./técnicos <input type="radio"/> <input type="radio"/> univ./terciario <input type="radio"/>				ENERGIA ELÉCTRICA SI NO <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>	
VIVE No Si en instituc. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> en la calle <input type="radio"/> <input type="radio"/> solo <input type="radio"/> <input type="radio"/> COMPARTE LA CAMA <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>				AGUA en el hogar fuera del hogar <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>					
TRABAJO Padre o sustituto Madre o sustituto <input checked="" type="radio"/> ninguno <input type="radio"/> <input type="radio"/> no estable <input type="radio"/> <input type="radio"/> estable <input type="radio"/>		NÚMEROS DE CUARTOS 5							
OCUPACIÓN ocupacion		Observaciones observacio viv							
		Apgar Familiar <input type="radio"/> 0 - 3 Familias Severamente Disfuncional <input checked="" type="radio"/> 4 - 6 Familias Mediamente Disfuncional <input type="radio"/> 7 - 10 Familias Funcionales							
		Observaciones observaciones							

7. EDUCACION		NIVEL	GRADO CURSO	AÑOS APROBADOS	PROBLEMAS EN LA ESCUELA	AÑOS REPETIDOS	DESERCIÓN EXCLUSIÓN	EDUCACION NO FORMAL
ESTUDIA si no <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/> No escolariz <input type="radio"/> Prim. <input type="radio"/> Sec. <input type="radio"/> Univ.	Ingres el grado o curso	Ingres los años aprobados	si no <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Causa Ingres la causa	no si <input type="radio"/> <input type="radio"/>	¿Cual? Ingres una causa

Observaciones
Ingres la observacion

8. Trabajo		Actividad	EDAD INICIO TRABAJO	TRABAJA	HORAS DE TRABAJO	RAZON DE TRABAJO	TRABAJO LEGALIZADO	TRABAJO INSALUBRE	TIPO DE TRABAJO
<input checked="" type="radio"/> trabaja <input type="radio"/> no y no busco		<input type="radio"/> busca 1era. vez <input type="radio"/> desocupado	años Ingres la edad	Ingres la edad horas por semana	<input type="radio"/> mañana <input type="radio"/> tarde <input type="radio"/> fin de semana <input type="radio"/> todo el día <input type="radio"/> Noche <input type="radio"/> n/c	<input type="radio"/> economia <input type="radio"/> autonomia <input type="radio"/> me gusta <input type="radio"/> otra <input type="radio"/> n/c	si no n/c <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	no si n/c <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Ingres el tipo de trabajo

Observaciones
Ingres la observacion

9. VIDA SOCIAL		ACEPTACION	NOVIO/A	ACTIVIDAD GRUPAL	DEPORTE	OTRAS ACTIVIDADES
<input checked="" type="radio"/> aceptado <input type="radio"/> ignorado <input type="radio"/> rechazado <input type="radio"/> no sabe		si no <input type="radio"/> <input type="radio"/>	si no <input type="radio"/> <input type="radio"/>	horas por semanas TV horas por día	<input type="radio"/> si <input type="radio"/> no ¿Cuáles? Escriba cuales son las actividades que realiza	

Observaciones
Ingres la observacion

10. HABITOS		ALIMENTACION ADECUADA	COMIDAS POR DIA	COMIDAS POR DIA CON FAMILIA	TABACO	EDAD INICIO TABACO	ALCOHOL	EDAD INICIO ALCOHOL	OTRO TÓXICO	CONDUCE VEHICULO
SUEÑO NORMAL si no Ingres las horas <input type="radio"/> <input type="radio"/>		si no <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					no si <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si

Observaciones
Ingres la observacion

11. GINECO-UROLOGICO		FECHA DE LA ULTIMA MENSTRUACION	Ciclos Regulares	DISMENORREA	FLUJOS PATOLOGICOS SECRECION PENEANA	ENFERMEADES DE TRANSMISION SEXUAL	EMBARAZOS HIJOS ABORTOS
MENARCA/ESPERMARCA		<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si	si no n/c <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	si no n/c <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	si no <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

Observaciones
Ingres la observacion