

Estudio Socioeconómico



Datos generales

a) Información personal del Jefe de Familia y/o Tutor

Nombre(s)		Apellido paterno	
Apellido materno		Nacionalidad	
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Unión libre		
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Lengua materna	
Escolaridad <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Maestría			
Tel. casa	Celular	Domicilio	
Municipio	Estado	C.P.	País
Empresa donde labora		Puesto	
Antigüedad	Ingreso mensual bruto	Otros ingresos (propinas, bonas, comisiones)	
Jefe directo	Puesto	Tel. contacto	

b) Información personal del aspirante a la beca

Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	¿Vive con usted? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Escolaridad <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Maestría					
¿Trabaja? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ocupación	Celular			

Datos familiares (dependientes económicos del jefe de familia)

Madre	Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Edad	¿Vive con usted? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Padre	Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Edad	¿Vive con usted? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Hijos	Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Edad	¿Vive con usted? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Edad	¿Vive con usted? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Edad	¿Vive con usted? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Edad	¿Vive con usted? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Edad	¿Vive con usted? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Otro	Nombre	Parentesco	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Edad	¿Vive con usted? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Otro	Nombre	Parentesco	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Edad	¿Vive con usted? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Datos económicos

a) Ingresos (coloca el monto mensual promedio de entradas económicas que obtiene la familia).

Usted	\$	Cónyuge	\$	Padres	\$	Hijos	\$	Rentas	\$	Otros	\$	¿De dónde? _____
-------	----	---------	----	--------	----	-------	----	--------	----	-------	----	------------------

a) Egresos (ingresa el monto mensual promedio de gastos que realiza la familia, coloca N/A en caso de que no aplique).

Renta	\$	Comida	\$	Agua	\$	Internet	\$	Transporte	\$	Médicos	\$
Gas	\$	Televisión	\$	Luz	\$	Escuela	\$	Guardería	\$	Celular	\$
Gasolina	\$	Diversión	\$	Hipoteca	\$	Medicina	\$	Ropa	\$	Créditos	\$

Datos de vivienda y sus características

Tipo de vivienda	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/> Cuarto compartido <input type="checkbox"/> Vecindad <input type="checkbox"/> Pensión				
Estatus de la vivienda	<input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Compartida <input type="checkbox"/> Prestada <input type="checkbox"/> Predio irregular				
Servicios	<input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Agua entubada <input type="checkbox"/> Alumbrado público <input type="checkbox"/> Drenaje <input type="checkbox"/> Vigilancia				
	<input type="checkbox"/> Gas estacionario <input type="checkbox"/> Tanque de gas <input type="checkbox"/> Áreas recreativas <input type="checkbox"/> Recolección de basura				
Construcción	Paredes	<input type="checkbox"/> Block <input type="checkbox"/> Concreto <input type="checkbox"/> Cartón/madera <input type="checkbox"/> Tablaroca <input type="checkbox"/> Lamina			
	Piso	<input type="checkbox"/> Loseta <input type="checkbox"/> Cemento <input type="checkbox"/> Tierra <input type="checkbox"/> Mosaico <input type="checkbox"/> Otro _____			
	Techo	<input type="checkbox"/> Concreto <input type="checkbox"/> Cartón/Asbesto <input type="checkbox"/> Lámina <input type="checkbox"/> Palma <input type="checkbox"/> Otro _____			
Distribución	<input type="checkbox"/> Sala <input type="checkbox"/> Comedor <input type="checkbox"/> Cocina <input type="checkbox"/> Cuarto de lavado <input type="checkbox"/> Patio <input type="checkbox"/> Jardín				
	¿Cuántas recámaras tiene? _____ ¿Cuántos baños tiene? _____				
Bienes	<input type="checkbox"/> Televisión <input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Refrigerador <input type="checkbox"/> Sala <input type="checkbox"/> Microondas				
	<input type="checkbox"/> Computadora <input type="checkbox"/> Lavadora <input type="checkbox"/> Secadora <input type="checkbox"/> Satélite (Dish, Sky, etc.)				

Datos de salud							
Servicio médico	<input type="checkbox"/> IMSS	<input type="checkbox"/> ISSSTE	<input type="checkbox"/> Seguro popular	<input type="checkbox"/> Privado	<input type="checkbox"/> Otro _____		
Frecuencia	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Bimestral	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Anual		
a) Enfermedades frecuentes que se presentan en la familia							
Respiratorias	¿Cuál(es)?		¿Quién la padece?				
Gastrointestinales	¿Cuál(es)?		¿Quién la padece?				
Dermatológicas	¿Cuál(es)?		¿Quién la padece?				
Neurológicas	¿Cuál(es)?		¿Quién la padece?				
Cáncer	¿Cuál(es)?		¿Quién la padece?				
Hipertensión	¿Cuál(es)?		¿Quién la padece?				
Inmunológicas	¿Cuál(es)?		¿Quién la padece?				
Diabetes	¿Cuál(es)?		¿Quién la padece?				
Discapacidad	¿Cuál(es)?		¿Quién la padece?				
Otras	¿Cuál(es)?		¿Quién la padece?				
Datos nutricionales- frecuencia y consumo de alimentos. (indique con una "x" la casilla de su respuesta)							
Tipo de alimento	Diario	Cada 3 días	Semanal	Quincenal	Mensual	Semestral	Otra _____
Carne de res							
Pollo							
Leche							
Pescado							
Frijol							
Arroz							
Huevos							
Frutas/Verduras							
Tortillas							
A través de la presente manifiesto que la información y documentación exhibida es cierta y acepto que mis datos personales sensibles referidos, sean tratados conforme a los términos del presente Aviso de Privacidad y de igual forma, doy mi consentimiento para el uso de la información proporcionada y autorizo que sea confirmada en caso de ser necesario.							
Nombre				Fecha			Firma