



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
EN EL MUNICIPIO DE CAMPECHE

“2019, Año del Centenario luctuoso del General Emiliano Zapata
Caudillo del Sur “

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

FECHA DE ELABORACIÓN: _____

PSICÓLOGA ASIGNADA: _____

DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____

TELÉFONO: _____ ESCOLARIDAD: _____

TELEFONO DE ALGUN FAMILIAR: _____

OCUPACIÓN: _____ INGRESO: _____

ESTADO CIVIL: _____ RELIGIÓN: _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO: _____

REFERENCIAS: _____

TIEMPO DE RESIDENCIA: _____

COMPOSICIÓN DEL NUCLEO FAMILIAR

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	INGRESO ECO.	EDO. CIVIL

OBSERVACIONES: _____

PERFIL ALIMENTARIO SEMANAL:

PERFIL DE SALUD:

Servicios médicos con que cuenta: IMSS_ ISSSTE_ SSA_ DIF_ OTROS: _____

Que problemas de salud se presentan en la familia:

Crónico degenerativa: _____

Respiratorio: _____

Capacidad diferente: _____

Adicciones: _____

Infecciones de transmisión sexual: _____

Otros: _____

Observaciones: _____

PERFIL DE LA VIVIENDA:

CARACTERÍSTICAS: PROPIA _____ RENTADA: _____ PRESTADA: _____ OTRO: _____

DISTRIBUCIÓN: _____

MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN DE LA VIVIENDA:

TECHO: _____

PAREDES: _____

PISO: _____

SERVICIOS PÚBLICOS CON LOS QUE CUENTA:

Agua potable		Teléfono público	
Luz eléctrica		Recolector de basura	
Transportes urbano		Calle pavimentada	

EQUIPO DE MOBILIARIO:

DESCRIPCIÓN: _____

OBSERVACIONES: _____

PERFIL ECONÓMICO DE INGRESO MENSUAL:

PERSONA ECONÓMICAMENTE ACTIVA	APORTACIÓN \$

PERFIL ECONÓMICO DE EGRESO MENSUAL:

GASTOS	CANTIDAD \$
RENTA	
ALIMENTACION	
SERVICIO DE ELECTRICIDAD	
SERVICIO DE AGUA POTABLE	
TELÉFONO	
GAS BUTANO	
SERVICIO DE CABLE	
COMBUSTIBLE DE VEHICULO	
TRANSPORTE URBANO PASAJES	
RECREACION	
GASTOS ESCOLARES (COLEGIATURA Y MATERIALES)	
ABONOS	
TOTAL:	

NIVEL DE BIENESTAR SOCIAL DEL SOLICITANTE:

ALTO	
MEDIO	

BAJO	
EXTREMADAMENTE BAJO	

OBSERVACIONES: _____

PROBLEMÁTICA DEL SOLICITANTE:

ELABORADO POR:
NOMBRE Y FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL

NOMBRE Y FIRMA DE CONFORMIDAD
DEL PACIENTE:
