



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN EL MUNICIPIO DE CAMPECHE  
 CENTRO DE ATENCION PSICOLOGICA ESPECIALIZADA EN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (CAPEVI).

**DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**

**60/CA.CAATPS.1.** \_\_\_\_\_

**ESTUDIO SOCIOECONÓMICO**

**FECHA DE ELABORACIÓN:** \_\_\_\_\_

**CUOTA ASIGNADA:** \_\_\_\_\_

**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:**

<b>GASTOS</b>	<b>CANTIDAD \$</b>
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 CONFORMIDAD  
DEL PACIENTE:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales “Atención Psicológicas”, de conformidad con lo dispuesto por la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Campeche, con fundamento en La Ley de Asistencia Social para el Estado de Campeche y Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Municipio de Campeche, cuya finalidad es prevenir, proteger, y rehabilitar a todo ciudadano en condiciones de pobreza extrema, abandono, desprotección física, moral, jurídica o social; sin importar su sexo o edad, mejorando sus condiciones de vida dentro de la sociedad y podrán ser transmitidos de acuerdo a lo previsto en la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Campeche y sus Municipios. Los datos personales son necesarios al realizar el apoyo o servicio asistencial y de manera inmediata podrá acceder al trámite de atención psicológica. Así mismo se le informa no podrán ser difundidos sin su consentimiento salvo las excepciones previstas en la ley. El responsable del Sistema de datos personales es la Psic. Vania del Carmen Ortíz Gomez coordinadora del Coordinación del Centro de Atención Psicológica, Especializada en Violencia Intrafamiliar (C.A.P.E.V.I), y la dirección donde podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, corrección, cancelación y oposición, así como la revocación del consentimiento es la Unidad de Transparencia ubicada en nuestras oficinas en calle 10 No 331 entre 59 y 61 col. Centro Histórico, con número telefónico (981) 81 634 35 / 81 606 63, Ext 110. Así mismo comunicamos que podrá dirigirse a la Comisión de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Campeche ubicada en calle Francisco Field Jurado Mza. 1 Lt 6, Planta alta local 2, Área de Ah Kim Pech, C.P. 24010 Sector Fundadores de Campeche donde recibirá asesoría sobre los derechos que tutela la ley de Protección de Datos Personales para el estado de Campeche y sus Municipios, al teléfono: (981) 12 7 171 80 / 81 1 79 53 [cotaipec@cotaipec.org.mx](mailto:cotaipec@cotaipec.org.mx) con dirección electrónica [www.cotaipec.org.mx](http://www.cotaipec.org.mx)