

Equipamiento	Tiene		Sirve		
	Si	No	Si	No	
Refrigerador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Estufa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VHS, DVD, Blu Ray	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lavadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Licudora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comedor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Automóvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Celular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Motocicleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Computadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Horno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Condiciones					
Buena	<input type="checkbox"/>	Regular	<input type="checkbox"/>	Mala	<input type="checkbox"/>

6.- CONDICIONES ECONÓMICAS

CONDICIONES ECONÓMICAS		APOYOS EN ESPECIE	
Vivienda	\$	Tipo de apoyo	
Alimentación	\$		
Luz	\$		
Gas	\$	Quien lo proporciona	
Agua	\$		
Teléfono	\$		
Celular	\$	Frecuencia del apoyo	
Atención médica	\$		
Educación	\$		
Transporte	\$		
Otros gastos	\$		
TOTAL	\$		
APORTACIÓN SEMANAL		REMESAS	
Padre	\$	¿Alguien en el hogar recibe dinero proveniente de otros países?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Madre	\$		
Hijos	\$	Frecuencia del apoyo	
PROSPERA	\$		
Adultos mayores PROSPERA	\$		
Becas	\$		
Pensión	\$		
Otros	\$		
TOTAL	\$		

7.- ALIMENTACIÓN (Señalar con una "X" el recuadro correspondiente) En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos...

1. ¿Alguna vez usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	RESOLUCIÓN DEL BANCO DE ALIMENTOS	
2. ¿Alguna vez usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, comer o cenar?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		ESTATUS
3. ¿Alguna vez usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que piensa debía comer?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> En espera <input type="checkbox"/> Aprobado
4. ¿Alguna vez se quedaron sin comida?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		TIPO
5. ¿Alguna vez usted o algún adulto en su hogar sintió hambre pero no comió?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Cuota <input type="checkbox"/> Beca <input type="checkbox"/> Media Beca
6. ¿Alguna vez usted o algún adulto en su hogar sólo comió una vez al día o dejó de comer durante un día?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		FRECUENCIA
SI EN EL HOGAR NO HAY PERSONAS MENORES DE 18 AÑOS PASE A LA SECCIÓN 8. RESULTADOS			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual	
7. ¿Alguna vez algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	DURACIÓN	
8. ¿Alguna vez algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		<input type="text"/> Meses
9. ¿Alguna vez en su hogar tuvieron que disminuir la cantidad servida en la comida a algún menor de 18 años?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
10. ¿Alguna vez algún menor de 18 años en su hogar sintió hambre pero no comió?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
11. ¿Algún menor de 18 años se durmió con hambre?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
12. ¿Alguna vez algún menor de 18 años comió una vez al día o dejó de comer durante todo un día?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		



ESTUDIO FAMILIAR SOCIO NUTRICIO

Folio: _____



1.- DATOS GENERALES

Nombre de la Comunidad o Programa		Grupo	Fecha de Levantamiento		D/M/A	Fecha de Captura		D/M/A
Tipo de Vialidad	Nombre de Vialidad	N° Exterior	N° Interior	Tipo de asentamiento	Nombre de asentamiento			
Código Postal	Localidad	Clave de Localidad	Municipio	Clave de Municipio	Estado		Clave de Estado	
Entre-Vialidades			Descripción de Ubicación			Teléfono / Celular		

2.- ESTRUCTURA FAMILIAR

ESCOLARIDAD

N°	Nombre (e)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Género	Fecha de Nacimiento	Edad	Entidad de Nacimiento	CURP	Estado Civil	Parentesco	Escolaridad	Asiste a la escuela
1					/ /							
2					/ /							
3					/ /							
4					/ /							
5					/ /							
6					/ /							
7					/ /							
8					/ /							
9					/ /							
10					/ /							

CONTROL (apartado exclusivo para Profesional Social)

OBSERVACIONES

Nombre y Firma del beneficiario	Vo.Bo. del Profesional Social	Vo.Bo. del Director General
---------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

Estoy de acuerdo en otorgar de manera voluntaria mis datos personales y como jefe de familia (quien proporciona los datos de mi familia a La Asociación Mexicana de Bancos de Alimentos A.C. "AMBA A.C.", con domicilio en calle Rinconada del Agua No. 2811, colonia Rinconada del bosque, Guadalajara, Jalisco, Código Postal 44530 quien utilizará es para dar apoyo a los miembros de mi familia y brindar atención y atender asuntos relacionados con la razón de ser de La Asociación Mexicana de Bancos de Alimentos o Afiliados a ella, que es la lucha contra el hambre en nuestro país. Soy consciente que para mayor información acerca del trabajo que realizamos y de los derechos que puedo hacer valer, puedo acceder al aviso de privacidad en el siguiente link: www.bancosdealimentos.org.mx