



TUXPAN, VER A _____ DE _____ DEL _____

LIC. ADELA ELIZABETH MORALES MENDEZ
DIRECTOR DEL DIF MUNICIPAL
P R E S E N T E

POR MEDIO DE LA PRESENTE SOLICITO A USTED NOS APOYE CON LO SIGUIENTE:

POR CONCEPTO DE:

CANTIDAD DE APOYO:

NOMBRE DEL PACIENTE:

EDAD:

ESPERANDO CONTAR CON SU APOYO, AGRADEZCO SU ATENCION.

SOLICITA

NOMBRE:

DOMICILIO:

FIRMA:

TELEFONO:





FECHA DE ELABORACIÓN: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO: _____ CALLE _____ ESTADO CIVIL: _____ COLONIA _____ ESCOLARIDAD: _____ LOCALIDAD _____

Ocupación: _____ INGRESO MENSUAL: _____ DERECHO HABIENTE _____

APOYO GUBERNAMENTAL: _____

ORGANIZACIÓN FAMILIAR

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	ESCOLARIDAD	Ocupación	ESTADO CIVIL	SUELDO MENSUAL
TOTAL						INGRESOS:

EGRESO MENSUAL FAMILIAR

RENTA: _____ ALIMENTOS _____ EDUCACIÓN _____ LUZ _____ AGUA _____

TRANSPORTE O COMBUSTIBLE: _____ OTROS: _____ **TOTAL EGRESOS:** _____

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

TIPO DE VIVIENDA

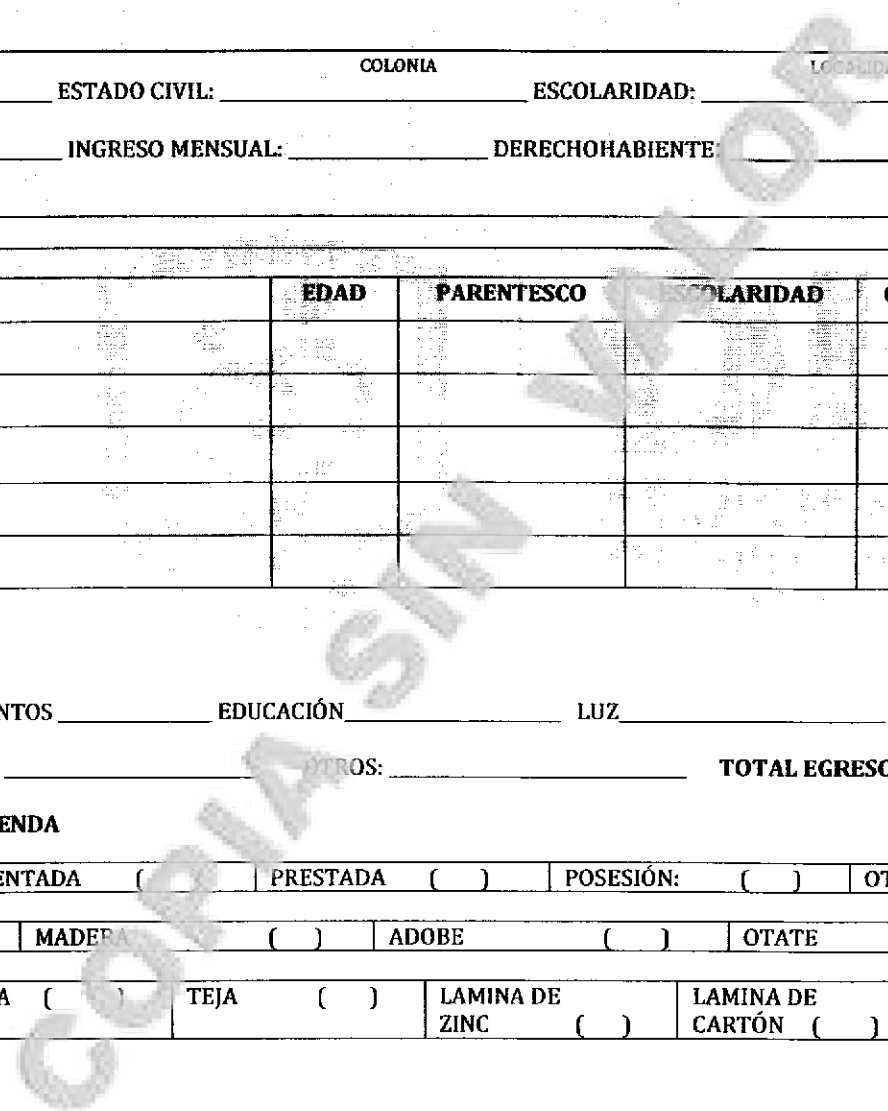
PROPIA () RENTADA () PRESTADA () POSESIÓN: () OTRO: () CUAL: _____

CONSTRUCCIÓN

LADRILLO/BLOCK () MADERA () ADOBE () OTATE () LAMINA DE CARTÓN ()

TECHO

CONCRETO () PALMA () TEJA () LAMINA DE ZINC () LAMINA DE CARTÓN () LAMINA DE ASBESTO () OTRO ()





DISPONE DE AGUA

HIDRATANTE PUBLICO: ()	POZO ()	ARROYO ()	MANANTIAL ()	POTABLE ()	OTRO ()
-------------------------	----------	------------	---------------	-------------	----------

ELIMINACIÓN EXCRETA

FOSA SÉPTICA ()	LETRINA ()	AIRE LIBRE ()	POZO NEGRO ()	DRENAJE ()
------------------	-------------	----------------	----------------	-------------

PISO

TIERRA ()	CEMENTO ()	MOSAICO ()	MADERA ()	CARRO RECOLECTOR ()	QUEMAN ()	ENTIERRAN ()
------------	-------------	-------------	------------	----------------------	------------	---------------

NÚMERO DE HABITACIONES

UNA ()	DOS ()	TRES ()	CUATRO O MAS ()
---------	---------	----------	------------------

TIPO DE ENERGÍA

ELÉCTRICA ()	CANDIL ()	VELAS ()
---------------	------------	-----------

MOBILIARIO

REFRIGERADOR ()	LAVADORA ()	TELEVISOR ()	RADIO/ESTÉREO ()	LICUADORA ()	PLANCHA ()	ESTUFA ()
CAMA ()	MESA ()	SILLAS ()	OTROS ()	CUALES:		

OBSERVACIONES

DECLARO BAJO PROTESTA QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS SON VERÍDICOS _____

ATENTAMENTE

LIC. T.S. CARLOS MARIANO CRUZ
 COORDINADOR DE TRABAJO SOCIAL.



**ESTUDIO SOCIOECONOMICO
 GUARDERIA DIF MUNICIPAL**

FECHA DE ELABORACIÓN:

I. DATOS GENERALES DEL MENOR

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

SEXO:

CURP:

NIVEL SOLICITADO: LACTANTE/MATERNAL/PREESCOLAR

II. DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR

NOMBRE:

PARENTESCO:

ESTADO CIVIL:

EDAD:

ESCOLARIDAD:

OCUPACIÓN:

TELEFONO:

HORARIO LABORAL:

INGRESO MENSUAL:

DOMICILIO:

CUOTA ASIGNADA: \$

III. ORGANIZACIÓN FAMILIAR

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	INGRESO
TOTAL INGRESOS:					

COPIA SIN VALOR



IV. EGRESO MENSUAL FAMILIAR

RENTA:	ALIMENTOS:	EDUCACIÓN:	LUZ:
AGUA:	TRANPORTE/COMBUSTIBLE:		OTROS:
TOTAL DE EGRESOS:			

V. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

TIPO DE VIVIENDA						
PROPIA ()	RENTADA ()	PRESTADA ()	POSESION ()	OTRO: ()	CUAL:	
CONSTRUCCIÓN						
LADRILLO/BLOCK ()	MADERA ()	ADOBE ()	OTATE ()	LAMINA DE CARTÓN ()		
TECHO						
CONCRETO ()	PALMA ()	TEJA ()	LAMINA DE ZINC ()	LAMINA DE CARTÓN ()	LAMINA DE ASBESTO ()	OTRO ()
DISPONE DE AGUA						
HIDRATANTE PUBLICO: ()	POZO ()	ARROYO ()	MANANTIAL ()	POTABLE ()	OTRO ()	
ELIMINACIÓN EXCRETA						
FOSA SÉPTICA ()	LETRINA ()	AIRE LIBRE ()	POZO NEGRO ()	DRENAJE ()		
PISO						
TIERRA ()	CEMENTO ()	MOSAICO ()	MADERA ()	CARRO RECOLECTOR ()	QUEMAN ()	ENTIERRAN ()
NÚMERO DE HABITACIONES						
UNA ()	DOS ()	TRES ()	CUATRO O MAS ()	TIPO DE ENERGÍA		
				ELÉCTRICA ()	CANDIL ()	VELAS ()
MOBILIARIO						
REFRIGERADOR ()	LAVADORA ()	TELEFONO ()	RADIO/ESTÉREO ()	LICUADORA ()	PLANCHA ()	ESTUFA ()
CAMA ()	MESA ()	SILLAS ()	OTROS ()	CUALES:		

VI. OBSERVACIONES

DECLARO BAJO PROTESTA QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS SON VERÍDICOS

ATENTAMENTE

LIC. T.S. CARLOS MARIANO CRUZ
COORDINADOR DE TRABAJO SOCIAL.



NÚMERO DE EXPEDIENTE: _____

FECHA DE ESTUDIO:		ÁREA CANALIZADA:			PSICOLOGÍA	
CUOTA ASIGNADA:		EX:	\$	PSICÓLOGO:		
PACIENTE 1RA. VEZ:		SI	NO	FECHA DE CITA:	HORA:	
DATOS GENERALES DEL PACIENTE						
NOMBRE:					EDAD:	
DOMICILIO:						
ESCOLARIDAD:			ESCUELA:			
TEL. CASA:			CELULAR:			
ESTADO CIVIL:			OCUPACIÓN:			
CENTRO LABORAL:			INGRESO MENSUAL:			
MOTIVO POR EL CUAL SOLICITA EL SERVICIO:						
DATOS DE LOS PADRES (EN CASO DE SER MENOR DE EDAD)						
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR:					EDAD:	
ESCOLARIDAD:			ESTADO CIVIL:			
OCUPACIÓN:		CENTRO LABORAL:	INGRESO MENSUAL:			
NOMBRE DE LA MADRE O TUTOR:					EDAD:	
ESCOLARIDAD:			ESTADO CIVIL:			
OCUPACIÓN:		CENTRO LABORAL:	INGRESO MENSUAL:			
VIVIENDA						
TIPO DE VIVIENDA						
PROPIA	RENTADA \$		PRESTADA	1 PISO	2 PISOS	
CONSTRUCCIÓN						
PAREDES:	MATERIAL	MADERA	LAMINA	CARTÓN		
TECHO:	MATERIAL	LAMINA	CARTÓN	ASBESTO		
PISO:	AZULEJO	CEMENTO	TIERRA	MADERA		





FECHA DE BAJA DE CONSULTA:		MOTIVO DE BAJA	
FECHA DE ALTA DE CONSULTA:		MOTIVO DE ALTA	

SOLICITUD DE ATENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

FECHA:		PERSONA QUE SOLICITA EL APOYO:	
DOCUMENTO QUE UTILIZA PARA IDENTIFICARSE		CUOTA ASIGNADA:	
NOMBRE DEL MENOR			EDAD

EL PACIENTE SE **COMPROMETE** A ASISTIR PUNTUALMENTE A SUS CITAS, CON EL CONOCIMIENTO DE QUE LA FALTA INJUSTIFICADA ES UNO DE LOS MOTIVOS DE BAJA.

ES IMPORTANTE MENCIONAR QUE EL SISTEMA DIF MUNICIPAL CUENTA CON UNA LISTA DE PACIENTES EN ESPERA DEL SERVICIO, POR TAL MOTIVO ES IMPORTANTE LA **PUNTUAL ASISTENCIA**.

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR DEL MENOR

