

Tiene algún familiar con discapacidad?			Migración		
Nombre/Apellido	Parentesco	Tipo y % discapacidad	Nombre	Parentesco	País/Ciudad

VIVIENDA

Vivienda:		Tipo de Vivienda		Infraestructura			Número de Ambientes			Estado	
Propia		2 o + pisos		Cemento		Zinc	Cocina		Dormitorio		Excelente
Alquilada		Villa									
Cedida		Departamento		Madera		Losa	Baños		Patio		Regular
Herencia		Suite		Caña		Eternit	El espacio en que Ud y su Familia vive, es:				
Familiar		Cuarto		Mixta		Teja	Cómodo		Incómodo		Muy incómodo

Servicios Básicos					
Luz		Agua entubada		Alcantarillado	
Telefono		Agua potable		TV por cable	

INFORMACIÓN ECONÓMICA

En caso de tener otras fuentes de ingreso (negocio, micro-emprendimiento, acciones), detállelas:

Actividad que realiza:	Temporal	Permanente	Inversión	Ganancias
1				
2				
3				

Número de miembros económicamente activos

Ingresos Mensuales del hogar	
Jefe/a de hogar	\$
Cónyuge	\$
Hijos/as	\$
Renta	\$
Remesas	\$
Pensión jubilar	\$
Otro: _____	\$
Total	\$

Egresos Mensuales del hogar	
Alimentación	\$
Educación	\$
Salud	\$
Arriendo	\$
Movilización	\$
Servicios básicos	\$
Vestuario	\$
Recreación	\$
Deudas	\$
Otro: _____	\$
Total	\$

Detalle de Deudas (>100)	
Acreeedor	Valor
	\$
	\$
	\$
Total	\$

Presupuesto Familiar	
Ingresos	\$
Egresos	\$
Déficit	\$
Superávit	\$

SALUD Y ALIMENTACIÓN FAMILIAR

Frecuencia con que visita al médico	
1 vez x semana	Cada 6 meses
Mensual	Cuando se enferma
Anual	Nunca

Servicios Médicos con que cuenta	
IESS	Dispensario Público
Seguro Privado	Dispensario AECON AG.
Dispensario Municipal	Otro:

Listado de posibles enfermedades frecuentes en el grupo familiar					
Metabólicas	Parentesco	Edades	Autoinmunes	Parentesco	Edades
Diabetes			Artritis		
Hipertiroidismo			Catastróficas	Parentesco	Edades
Cardiovasculares	Parentesco	Edades	Cáncer		
Hipertensión			Tuberculosis		
Congénitas:			Deficiencia Renal		
Sist. Nervioso	Parentesco	Edades	Adictivas	Parentesco	Edades
Parquinson			Alcoholismo		
Demencia			Tabaquismo		
Síndrome de Down			Fármacodependencia		
Otra:					

¿Cuántas horas dedica al sueño? ¿Cuántas veces al día ingiere alimentos?

¿Su sueño es interrumpido? Si No Su alimentación es: Hiperproteica Hipercalórica
 Hipoproteica Hipocalórica

Actividades en días de descanso:	
Paseos familiares:	Centros Comerciales <input type="checkbox"/> Parques <input type="checkbox"/> Restaurantes <input type="checkbox"/> Playa <input type="checkbox"/> Cines <input type="checkbox"/> Otros: <input type="text"/>
Salidas con amigos:	Centros Comerciales <input type="checkbox"/> Parques <input type="checkbox"/> Restaurantes <input type="checkbox"/> Playa <input type="checkbox"/> Cines <input type="checkbox"/> Otros: <input type="text"/>
ENTRETENIMIENTO / OCIO	
Actividades barriales:	Campeonatos <input type="checkbox"/> Bingos <input type="checkbox"/> Rifas <input type="checkbox"/> kermes <input type="checkbox"/> Celebraciones Varias <input type="checkbox"/> Otros: <input type="text"/>

1. Ve televisión	
Pública <input type="checkbox"/>	Por Cable <input type="checkbox"/>
Contenido de los programas:	
Comedia <input type="checkbox"/>	Drama <input type="checkbox"/>
Acción <input type="checkbox"/>	Suspenso <input type="checkbox"/>
C. Ficción <input type="checkbox"/>	Terror <input type="checkbox"/>

3. Actividades de:	
Albañilería	<input type="checkbox"/>
Carpintería	<input type="checkbox"/>
Música	<input type="checkbox"/>
Pintura	<input type="checkbox"/>
Cocina	<input type="checkbox"/>
Otra:	<input type="text"/>

3. Juegos en familia	
Familia / Hij@s / pareja	
Juegos de mesa	<input type="checkbox"/>
Juegos de habilidad	<input type="checkbox"/>
Juegos educativos	<input type="checkbox"/>
Otra:	<input type="text"/>

Es socio o miembro de algún(a):		Deportes que práctica:	
Agrupación artística	<input type="checkbox"/>	Comunidad Parroquial Católica	<input type="checkbox"/>
Club deportivo	<input type="checkbox"/>	Comunidad Parroquial no Católica	<input type="checkbox"/>
Club privado	<input type="checkbox"/>	Agrupación profesional	<input type="checkbox"/>
Partido político	<input type="checkbox"/>	Otros: _____	
Asociación	<input type="checkbox"/>	_____	
Tipo asociación			Otros:

Problemas familiares existentes en el hogar:	
Desempleo	<input type="checkbox"/>
Adicciones	<input type="checkbox"/>
Dependencia económica	<input type="checkbox"/>
Crisis afectivas	<input type="checkbox"/>
Asociaciones ilícitas.	<input type="checkbox"/>
Hacinamiento	<input type="checkbox"/>
Violencia Intrafamiliar	<input type="checkbox"/>

¿Tiene juicios de alimentos pendiente o algún otro?

Si No

En caso de ser otro indique: _____

INFORMACION DEL HOGAR Y DOMICILIARIA

Referencias: En caso de emergencia llamar a...

1.- Nombres: _____
 Relación: _____ convencional: _____ celular: _____

2.- Nombres: _____
 Relación: _____ convencional: _____ celular: _____

Croquis del domicilio:

ASPECTOS COMPLEMENTARIOS

1.- ¿Conoce que es el IESS? Si No

Indique dos beneficios: _____

2.- ¿Conoce sobre el reglamento interno de trabajo de la empresa? Si No

3.- Tiene préstamos con el IESS Si No

4.- Tiene fondos de reserva acumulados Si No

5.- Siente que la compañía se preocupa por usted? explique porque _____

Información Adicional / Apuntes:

Persona responsable:	Trabajador/a:	Fecha:

