

FOLIO: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN GENERAL**

**Datos Personales**

1. Nombre (s) \_\_\_\_\_
2. Apellido Paterno \_\_\_\_\_
3. Apellido Materno \_\_\_\_\_
4. CURP \_\_\_\_\_
5. RFC \_\_\_\_\_
6. Clave de Elector \_\_\_\_\_
7. En caso de ser extranjero, indique su número y tipo de identificación migratoria \_\_\_\_\_
8. Sexo Femenino \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_
- Estado Civil \_\_\_\_\_
9. Ciudad de Nacimiento \_\_\_\_\_
10. Estado de Nacimiento \_\_\_\_\_
11. Fecha de Nacimiento día (dd) \_\_\_\_\_ mes (mm) \_\_\_\_\_ año (aaaa) \_\_\_\_\_
12. Grado Máximo de estudios Primaria \_\_\_\_\_ Secundaria \_\_\_\_\_ Preparatoria \_\_\_\_\_ Bachillerato \_\_\_\_\_
- Universidad \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**Domicilio**

13. Colonia \_\_\_\_\_
14. Calle \_\_\_\_\_
15. Manzana \_\_\_\_\_
16. Lote \_\_\_\_\_
17. No Ext. \_\_\_\_\_
18. No. Int. \_\_\_\_\_
19. Estado \_\_\_\_\_
20. Municipio \_\_\_\_\_
21. Localidad \_\_\_\_\_
22. C.P. \_\_\_\_\_
23. Teléfono Celular \_\_\_\_\_
24. Teléfono Casa \_\_\_\_\_
25. Correo electrónico \_\_\_\_\_
26. ¿Cuenta usted actualmente con algún apoyo alimentario de alguna dependencia Federal, Estatal o Municipal?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
27. ¿De qué Dependencia y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN FAMILIAR Y DE VIVIENDA**

28. ¿La casa donde vive es propia? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
29. Si no es propia, ¿paga renta? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
30. ¿A cuánto asciende el costo de renta mensual? \_\_\_\_\_
31. Si su casa es propia, ¿La adquirió con algún tipo de crédito hipotecario? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
32. ¿Cuánto paga mensualmente por este crédito? \_\_\_\_\_
33. ¿Cuántas personas viven en el hogar? \_\_\_\_\_
34. ¿Cuántos de ellos son dependientes económicos de usted? \_\_\_\_\_
35. ¿Cuántos menores de 12 años viven con usted? \_\_\_\_\_
36. ¿Cuántas personas de 12 a 18 años viven con usted? \_\_\_\_\_
37. ¿Algún miembro de la familia está estudiando actualmente?  
Si, ¿cuántos? \_\_\_\_\_ No, ¿cuántos? \_\_\_\_\_
38. ¿Cuántos adultos mayores de 60 años viven con usted? \_\_\_\_\_
39. ¿Usted trabaja? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
40. ¿Cuál es la causa por la cual usted no trabaja? \_\_\_\_\_
41. ¿Cuántos integrantes de su hogar aportan recursos económicos para el gasto familiar? \_\_\_\_\_
42. ¿Su familia tiene otros ingresos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
43. Indique cuáles \_\_\_\_\_
44. ¿A cuánto asciende su ingreso mensual extra? \$ \_\_\_\_\_
45. ¿A cuánto ascienden los ingresos mensuales familiares totales? \$ \_\_\_\_\_
46. ¿A cuánto ascienden su gasto mensual familiar total? \$ \_\_\_\_\_
47. ¿Tiene luz eléctrica? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
48. ¿Tiene agua potable? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
49. ¿Tiene drenaje? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
50. ¿Tiene piso firme? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
51. ¿Cuenta con TV? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
52. ¿Cuenta con internet? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
53. ¿Cuenta con TV de paga? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
54. ¿Cuenta con refrigerador? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
55. ¿Cuenta con horno de microondas? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
56. ¿Cuenta con computadora? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

57. ¿Cuenta con celular? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 58. ¿Cuenta con automóvil? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 59. ¿De qué tipo de material es su vivienda? (puede ser más de 1 opción A, B, C, D)

- A Material de concreto y block y/o ladrillo  
 B Material de madera  
 C Material de cartón  
 D Material de lámina (asbesto o zinc)

**INFORMACION GENERAL DE SALUD**

60. ¿Los integrantes de su hogar tienen acceso a servicios de salud? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 61. ¿Tienen seguridad social? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 62. ¿En qué institución? \_\_\_\_\_  
 63. ¿Cuántos integrantes de la familia tienen alguna discapacidad? \_\_\_\_\_  
 64. ¿Qué tipo de discapacidad presenta? \_\_\_\_\_  
 65. ¿Es permanente? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 66. ¿Alguno de los integrantes del hogar es Hipertenso? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 67. ¿Cuántos? \_\_\_\_\_  
 68. ¿Alguno de los integrantes del hogar es Diabético? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 69. ¿Cuántos? \_\_\_\_\_  
 70. ¿Alguna persona que viva con usted sufre de obesidad? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 71. ¿Cuántos? \_\_\_\_\_  
 72. ¿Alguna de las personas que integran su hogar sufre de alguna otra enfermedad?  
 Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 73. ¿Cuál es? \_\_\_\_\_  
 74. ¿Qué tan importantes considera usted que son los temas de salud y nutrición?  
 Mucho \_\_\_\_\_ Poco \_\_\_\_\_ Nada \_\_\_\_\_  
 75. ¿Practica usted alguna actividad deportiva? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 76. ¿Alguno de los integrantes de la familia realiza alguna actividad deportiva? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 77. ¿Cuáles son las actividades deportivas que usted y su familia practican? \_\_\_\_\_  
 78. ¿Cuántas horas por día realizan esta actividad? \_\_\_\_\_  
 79. ¿Pueden practicarla en su colonia? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**ACCESO A LA ALIMENTACIÓN**

80. ¿Con motivo de la pandemia, ha perdido usted su empleo? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 81. ¿Con motivo de la pandemia, se han reducido sus ingresos? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 82. ¿En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, alguna vez usted se preocupó de que la comida se acabara? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 83. ¿En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, alguna vez se quedaron sin comida? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 84. ¿En los últimos tres meses, alguna vez se quedaron sin dinero o recursos para obtener una alimentación sana y variada? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 85. ¿En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, alguna vez usted o algún miembro de su familia o integrante de su hogar dejó de desayunar, comer o cenar? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 86. ¿En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, alguna vez tuvieron que disminuir la cantidad servida en el desayuno, comida, o cena? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 87. ¿En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, alguna vez algún miembro de su familia o integrante de su hogar se acostó con hambre? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 88. ¿En el último mes, señale cuáles de estos alimentos forman parte de su dieta frecuente?

| A  | B   | C   | D  | E   | F  |
|--|---|---|--|---|--|
| Tortilla, alimentos hechos de masa de maíz, pan (blanco, integral, de caja, rústico, dulce), galletas, cereales de caja, pasta para sopa o cualquier otro alimento hecho de maíz, trigo, arroz, avena, salvado, etc. | Papas, camote, u otro alimento proveniente de raíces o tubérculos | Verduras (frescas, en guisados, sopas, salsas, enlatadas o deshidratadas) | Frutas (frescas, enlatadas, deshidratadas, en postres o ensaladas) | Carne de vaca, cerdo, cordero, cabra, conejo, pollo, pato u otras aves; hígado, riñón, corazón u otras vísceras | Huevos (de gallina, codorniz, pato u otras aves) |

| G   | H  | I  | J   | K  | L  |
|---|--|--|---|--|--|
| Pescado, sardinas, atún, camarón o cualquier otro marisco fresco o seco | Alimentos a base de frijoles, lentejas, habas, garbanzos, soya, cacahuates, pepitas, granola, palanquetas, nueces, amaranto, frutos secos? | Queso, yogurt, leche u otros productos lácteos | Cualquier tipo de aceite (soya, cártamo, canola, girasol, maíz); mantequilla, mantequilla de cacahuete, mayonesa, crema o manteca | Azúcar o miel (de abeja o maple), jarabe de maíz, gelatina, mermelada, cajeta, polvo para preparar bebidas, flan, dulces, chocolates, refrescos o bebidas industrializadas | Otros alimentos como condimentos, café, té, etc. |

**INFORMACIÓN DE DESARROLLO HUMANO**

- 89. ¿Le interesa algún curso de capacitación profesional? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 90. ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_
- 91. ¿Le interesa aprender nuevas tecnologías? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 92. ¿A alguna de las personas que viven con usted le interesaría aprender nuevas tecnologías? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 93. Cuenta usted con espacio para un huerto familiar? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 94. ¿Cuántos metros cuadrados aproximadamente? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 95. Si tuviera la posibilidad de poner un huerto en su hogar, ¿lo pondría? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**INSTRUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO**

- 96. ¿Sabe usted que existen varios tipos de violencia? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 97. ¿Cuál de estos tipos de violencia ha escuchado usted o reconoce?  
 A) Violencia Física \_\_\_\_\_ B) Violencia Psicológica y verbal \_\_\_\_\_ C) Violencia Sexual \_\_\_\_\_ D) Violencia Laboral \_\_\_\_\_ E) Violencia Institucional \_\_\_\_\_ F) Violencia Económica \_\_\_\_\_
- 98. ¿Le gustaría a usted saber más sobre ese tema? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 99. ¿Ha escuchado información sobre los temas de adicciones y su prevención? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 100. ¿Sabe usted dónde se puede denunciar algún tipo de violencia? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 101. ¿Se siente segura (o) en su vivienda? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**Firma**

"Este programa utiliza recursos públicos y es ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado conforme lo dispone la ley de la materia. Los datos personales recabados, serán protegidos de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados y la Ley de Protección de Datos Personales Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Quintana Roo."