

ESCUELA SECUNDARIA FEDERAL 327
JORNADA AMPLIADA

ESTUDIO SOCIOECONOMICO

DATOS DEL ALUMNO(A):

NOMBRE: _____ EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ CURP: _____ GRADO: _____

DIRECCION:

CALLE: _____ NUMERO INT. _____ EXT. _____ COL: _____

C.P.: _____ DELEGACION: _____ TEL DE CASA: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ EDAD: _____ ESCOLARIDAD: _____

TRABAJA EN: _____ SALARIO MENSUAL: _____ HORARIO: _____

TEL. _____ CEL: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ EDAD: _____ ESCOLARIDAD: _____

TRABAJA EN: _____ SALARIO MENSUAL: _____ HORARIO: _____

TEL DEL TRABAJO: _____ CEL: _____

NOMBRE DEL TUTOR: _____ EDAD: _____ ESCOLARIDAD: _____

PARENTESCO: _____ TEL CASA: _____ CEL: _____

Marque con una X

El alumno vive con: Padre _____ Madre _____ Ambos _____ Numero de hermanos: _____

Número de integrantes en la familia: _____

En el hogar quien es el responsable económicamente de la familia: madre ___ padre ___ hermano(a): ___ otro ___

Cuántas personas dependen económicamente del responsable de la familia: _____

El alumno (a) padece alguna discapacidad o enfermedad si no ___ cual: _____

Actualmente ingiere algún medicamento si ___ no ___ cual _____

ANTECEDENTES ESCOLARES

¿Curso la educación preescolar? Si ___ no ___ ¿Cuántos años? ___ ¿Cuántos años curso la primaria? _____

¿Reprobó algún año en primaria si ___ no ___ ¿Cuál? ___ ¿Por qué? _____

Problemas de: aprendizaje _____ conducta _____ Familiares _____ economicos _____ Deserción _____

Problemas en la escuela _____ enfermedad _____ cambio de domicilio: _____ otros _____

Especifique el problema: _____

¿Ha necesitado atención especializada si ___ no ___ cual? Medica _____ Psicológica _____ Psiquiátrica _____

U otra ¿Cuál? _____ ¿Por qué? _____

¿En dónde? _____ ¿Cuánto tiempo? _____ ¿continua con atención? Si ___ no ___

Es derechohabiente a: ISSSTE, IMSS, salubridad U otro _____ número de clínica: _____

¿ Tiene pie plano si ___ no ___ ¿tiene tratamiento cual : _____

¿Utiliza lentes? Si _____ no _____ ¿Escucha bien? Si _____ no _____ ¿Cuál?: _____

¿Tiene dificultad para pronunciar palabras o letra? Si ___ no ___ ¿Cuáles? _____

¿Sufre de convulsiones? Si ___ no ___ ¿Tiene tratamiento? ¿Cuál?: _____

¿Ha tenido accidentes? Si _____ no _____ golpes _____ fracturas _____ Heridas _____ ¿Ha sido hospitalizado?
Si ___ no ___ ¿Porque? _____ ¿lo han operado? Si _____ no ___ ¿de qué? _____

¿Es alérgico? Si _____ no _____ ¿A qué? _____ .Padecimientos familiares importantes: diabetes,
hipertensión, cáncer, otros _____

Practica algún deporte en algún club deportivo si _____ no _____ cual: _____

Percibe algún apoyo económico como beca si ___ no ___ nombre del programa beca _____

VIVIENDA

Casa propia _____ rentada _____ prestada _____ Numero de cuartos _____ número de recamaras _____
las cuales se comparten con _____ sala _____ cocina _____ baño _____ estacionamiento _____
_____ el alumno tiene un espacio propio para realizar tareas o comparte _____

Marque con una X

La construcción es de Lamina ___ concreto ___ tabique ___ otro _____

Cuenta con los servicios públicos como agua ___ luz ___ drenaje ___ teléfono ___ pavimento _____

Cuanto tiempo llegas a la secundaria: _____

Comentarios _____

LA COMUNIDAD CUENTA CON

Centros culturales si ___ no ___ actividades se imparten: _____

Centros comunitarios si ___ no ___ actividades que imparten: _____

Centros de Salud si _____ no _____ clubs deportivos cuales _____ otros _____

Nombre del responsable del alumno (a): _____ telefonos: _____

Firma

Fecha de aplicación

Nombre del entrevistado

Elaboro: Norma Luna Miranda

Trabajadora Social