

Instrucciones:
Favor de contestar según la **Guía de llenado** anexa al final.

Este cuadro sera llenado por SMDIF despues de capturarla

1.- Seguro
 2.- Inseguridad Leve
 3.- Inseguridad Moderada
 4.- Inseguridad Severa

Elaborado por: _____
Nombre y Cargo

1.- Ficha de Identificación

Entidad Federativa _____ Municipio _____ Localidad _____

2.- Datos de Identificación del Beneficiario

Nombre del Beneficiario _____ Sexo Masculino Femenino

Nombres _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

Fecha de Nacimiento _____ CURP _____

Día _____ Mes _____ Año _____

Telefono _____ Ingreso Mensual _____

Estado Civil del Beneficiario

<input type="checkbox"/> 1. Soltero	<input type="checkbox"/> 4. Viuda
<input type="checkbox"/> 2. Casado	<input type="checkbox"/> 5. Unión Libre
<input type="checkbox"/> 3. Divorciado	<input type="checkbox"/> 6. No Aplica

Indígena Si No Discapacidad Si No

Tipo Auditiva Mental Motora Visual

Ocupación _____ Institución de Servicio de Salud _____

Tipo de Población Objetivo

<input type="checkbox"/>	1. Mujer en período de embarazo
<input type="checkbox"/>	2. Mujer en período de lactancia
<input type="checkbox"/>	3. Niña y Niño de 6 meses
<input type="checkbox"/>	4. Niña y Niño de 1 a 2 años

NOTA: En caso de contar con más de un tipo de población objetivo, se deberán marcar las opciones que correspondan.

Nombre del Responsable _____

Parentesco del Responsable con el Beneficiario _____

3.- Dirección de la Vivienda

Tipo de vialidad _____ Vialidad _____ No. Exterior _____ No. Interior _____

Calles con las que cruza _____ C.P. _____ Tipo de carretera _____

Asentamiento _____ Nombre del asentamiento _____ Derecho de Tránsito _____

Tipo de Camino _____ Descripción de ubicación _____

4.- Composición Familiar

Nombre Completo Nombre (s)/ Apellido Paterno/ Apellido Materno	Fecha de Nacimiento	Sexo	Escolaridad	Ocupación	Ingreso Mensual

5.- Calidad y Espacios de la Vivienda

1. ¿El material de la casa de la vivienda es de tierra?
Si No

2. ¿El material del techo de la vivienda es lámina, cartón o desechos?
Si No

3. ¿El material de los muros es de embarro, carrizo, bambú, lámina, (cartón, metálica, asbesto) o material de desecho?
Si No

4. Número de habitaciones de la vivienda sin contar baño ni cocina

5. ¿Es propietario de la casa en donde vive?
Si No

6. ¿En la zona en la que usted vive, hubo algún desastre natural grave durante los últimos 3 meses, en el que su hogar o familia resultó afectado?
Si No

6.- Acceso a Servicios Básicos de la Vivienda

1. ¿Su hogar cuenta con agua entubada dentro de la vivienda?
Si No

2. ¿Su hogar cuenta con drenaje o fosa séptica?
Si No

3. ¿Su hogar dispone de energía eléctrica?
Si No

4. ¿Utiliza el gas para cocinar o calentar los alimentos?
Si No

5. ¿Su hogar cuenta con refrigerador en funcionamiento?
Si No

7.- Módulo Cualitativo de la Experiencia en Seguridad Alimentaria

En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, alguna vez

1. ¿Usted se preocupó de que los alimentos se acabaran en su hogar?
2. ¿En su hogar se quedaron sin alimentos?
3. ¿En su hogar dejaron de tener una alimentación saludable y balanceada?

Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. ¿Usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?	5. ¿Usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?	6. ¿Usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que debía comer?
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. ¿Usted o algún adulto en su hogar sintió hambre pero no comió?	8. ¿Usted o algún adulto en su hogar solo comió una vez al día o dejó de comer todo un día?	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

¿En su hogar viven personas menores de 18 años?

Si Continuar

No Finalizar Cuestionario

9. ¿Algún menor de 18 en su hogar dejó de tener una alimentación saludable y balanceada?	10. ¿Algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?	11. ¿Algún menor de 18 años en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
12. ¿Algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía?	13. ¿Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comidas a algún menor de 18 años en su hogar?	14. ¿Algún menor de 18 años en su hogar sintió hambre peor no comió?
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
15. ¿Algún menor de 18 años en su hogar sólo comió una vez al día o dejó de comer todo un día?		
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Observaciones:

Nombre y Firma del Director (a) del SMDIF

Nombre y Firma del Encargado del Programa

Sello SMDIF

UBICACIÓN DE LA DIRECCIÓN DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DE LA LOCALIDAD DEL DOMICILIO DEL BENEFICIARIO: _____ CLAVE DE LA LOCALIDAD : _____-_____

TIPO DE VIALIDAD QUE TIENE EL DOMICILIO _____

CARRETERA TIPO: _____

CROQUIS:

CARRETERA DERECHO TRANSPORTE: _____

CARRETERA NOMBRE:. _____

TIPO DE CAMINO: _____

NOMBRE DEL CAMINO: _____

CROQUIS:



Dirección de Seguridad Alimentaria Departamento de Orientación Alimentaria Encuesta de Focalización de Individuos con Inseguridad Alimentaria (EFIA) Programa Alimentario Primeros 1,000 Días de Vida

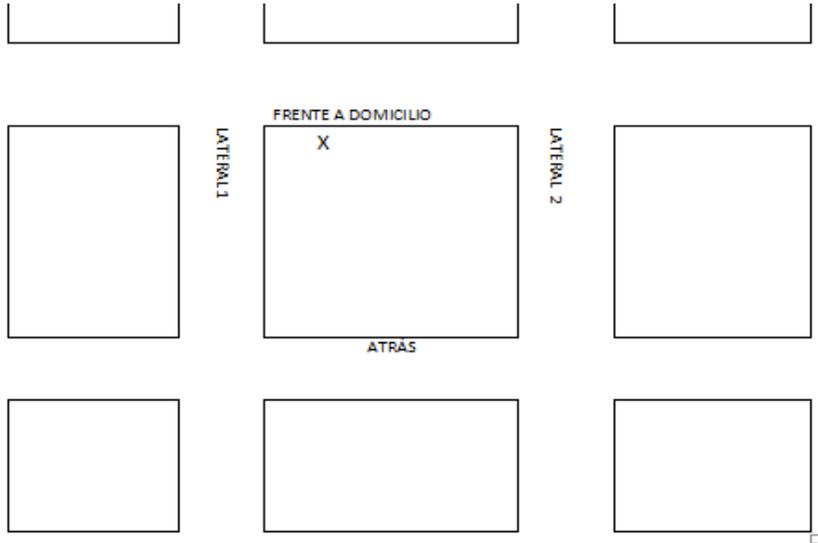
NUMERO EXTERIOR 1 DEL DOMICILIO: _____

NUMERO EXTERIOR 2 DEL DOMICILIO: _____

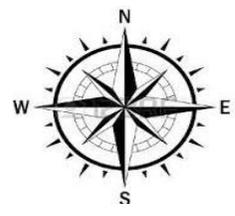
NUMERO INTERIOR: _____

NUMERO INTERIOR ALFANUMERICO:). _____

TIPO DE ASENTAMIENTO: _____



Nota: Cuando no se cuente con
La información se pondrá NO DISPONIBLE,
Sujeto a revisión del Depto.



Descripción relevante de la
ubicación del domicilio, con
referencia a lo que lo rodea:

Guía de llenado

Encuesta de Focalización de Individuos con Inseguridad Alimentaria (EFIA)

Punto	Contenido	Descripción
Elaborado por	Nombre y Cargo	Anotar nombre y cargo de la persona que levantó la EFIA.
1. Ficha de Identificación	Entidad Federativa, Municipio y Localidad	La Entidad Federativa siempre será Jalisco. El Municipio y localidad será a donde corresponda su
2. Datos de Identificación de Beneficiarios	Nombre	Anotar nombre iniciando por: Nombre (s), Apellido Paterno y Apellido Materno.
	Fecha de Nacimiento	Fecha de nacimiento iniciando por: Mes, Día y Año.
	Sexo	Anotar en el cuadro correspondiente al sexo: masculino o femenino.
	CURP	Clave Única de Registro de Población, (asegurarse que cuente con 18 caracteres).
	Estado Civil	Anotar en el cuadro el estado civil del encuestado: soltero, casado, divorciado, viudo o unión libre.
	Teléfono	Solicitar número telefónico de celular o casa , para localizarlo en caso de emergencia.
	Indígena	Referir si el beneficiario es indígena (Registrar si o no según corresponda).
	Discapacidad	Registrar si o no, en caso afirmativo especificar si es auditiva, motora, mental y/o visual.
	Ocupación	Preguntar a que se dedica, pudiendo ser: hogar, desempleado, jornalero, albañil, empleado, obrero, etc.
	Institución de Servicio de Salud	Solicitar institución de Salud a la que está afiliado: IMSS, ISSSTE, Seguro Popular, Seguro Privado, etc.
Tipo de población objetivo	Marcar en el cuadro el tipo de población, pudiendo ser más de uno, según corresponda. * Si es Alcohólico, discapacitado, menor con discapacidad, menor desnutrido y menor de padres.	
Nombre del Responsable	Solicitar nombre de una persona mayor de 18 años que fungirá como responsable, en caso de que	
Parentesco del Beneficiario Responsable	Solicitar el parentesco de la persona responsable: hermano (a), esposo (a), hijo (a), concubino (a)	

3. Dirección de la vivienda	Tipo de Vialidad	Especificar el tipo de calle donde vive: calle, avenida, carretera, andador, boulevard, callejón, ca
	Vialidad	Anotar el nombre de la antes mencionada.
	Número Exterior	Anotar el número externo de la vivienda.
	Número Interior	Anotar el número interno (sólo si aplica).
	Calles con las que Cruza	Incluir nombre de las calles con las que cruza la vialidad donde vive.
	Código Postal	Anotar código postal y verificar mediante documento oficial.
	Asentamiento	Anotar si se trata de: colonia, barrio, ciudad, ciudad industrial, condominio, conjunto habitacio
	Nombre del Asentamiento	Solicitar el nombre de la antes descrita.
	Tipo de Carretera	Anotar si es: estatal, federal, municipal o particular.
	Derecho de Tránsito	Anotar si es: libre o cuota.
	Tipo de Camino	Anotar si es: brecha, terracería, camino o vereda.
Descripción de la Ubicación	Señalar las características de la casa, así como su entorno para facilitar ubicación. <i>Ejemplo: casa d</i>	
4. Composición Familiar	Información Familiar	Solicitar información de los integrantes de la familia: nombre completo, fecha de nacimiento, sex
5. Calidad y Espacio de la Vivienda	Preguntas de las características materiales de la vivienda	Anotar en el cuadro de cada pregunta, según sea la respuesta: Si o No.
6.- Acceso a Servicios Básicos de la Vivienda	Preguntas de los servicios con que cuenta la vivienda	Anotar en el cuadro de cada pregunta, según sea la respuesta: Si o No.
7.- Módulo Cualitativo de la Experiencia en Seguridad Alimentaria	Preguntas que señalan "En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, alguna vez."	Anotar en el cuadro de cada pregunta, según sea la respuesta: Si o No.
	Preguntas que señalan "En su hogar viven personas menores de 18 años"	Anotar en el cuadro de cada pregunta, según sea la respuesta: Si o No.Si la respuesta es "SI" fa
Observaciones	Observación	En caso de existir alguna observación, favor de anotarla.

Firmas	Nombre y firma, así como el sello oficial del SMDIF	En cada Encuesta EFIIA, el Director(a) y Encargado del Programa Primeros 1,000 Días de Vida
---------------	---	--