



CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL INTEGRAL PARA GRUPOS DE ATENCIÓN PRIORITARIA
PROYECTO

Periodo 2024-2025

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN / INFORMACIÓN

BENEFICIARIO:		NACIONALIDAD:	
TIPO DE DOCUMENTO:			
IDENTIFICACIÓN:		FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:
NIVEL DE INSTRUCCIÓN:			
DIRECCIÓN DOMICILIARIA:		CROQUIS UBICACIÓN DE LA CASA	
REFERENCIAS:			
TELÉFONO :			
GRUPO ÉTNICO: AFROECUATORIANO () INDIGENA () MESTIZO () BLANCO () NEGRO () OTROS _____		SEXO: MASCULINO () FEMENINO ()	
ESTADO CIVIL: SOLTERO/A () CASADO/A () VIUDO/A () DIVORCIADO/A () UNION LIBRE ()			

2. ESTRUCTURA FAMILIAR (todas las personas que viven en el hogar):

NRO	NOMBRE Y APELLIDO	SEXO	EDAD	PARENTESCO	OCUPACION	POSEE DISCAPACIDAD	TIPO DE DISCAPACIDAD	PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD	BENEFICIARIO DE BONO (IDENTIFIQUE)

3. PERTENECE A UNA ASOCIACION U ORGANIZACION: SI () NO ()

Nombre:	Tipo: Juridica () No Juridica ()
Actividad de la asociación u organización:	

4. REFERENCIAS SOCIOECONOMICAS GENERALES:

Ingresos / Egresos mensuales del hogar:

INGRESOS		EGRESOS	
Padre:		Alimentación:	
Madre:		Educación:	
Hermanos / as:		Vivienda:	
Hijos / as:		Servicios básicos:	
Pensión/Jubilación		Salud	
Becas		Vestimenta	
Bonos		Transporte	
Otros / as:		Prestamos	
		Otros / as:	
Total		Total	

Condiciones de vivienda:

☐	Propia	☐	Arrendada	☐	Anticresis	☐	Prestada	☐	Compartida	☐	Hipotecada
--------------------------	--------	--------------------------	-----------	--------------------------	------------	--------------------------	----------	--------------------------	------------	--------------------------	------------

Tipo de vivienda:

☐	Casa	☐	Departamento	☐	Cuarto
--------------------------	------	--------------------------	--------------	--------------------------	--------

Estado de vivienda:

☐	Buena	☐	Mala	☐	Regular
--------------------------	-------	--------------------------	------	--------------------------	---------

Servicios básicos:

Agua	Luz	Eliminación de aguas servidas	Accesibilidad	Recolección de basura	Acceso a la vivienda
Potable	Si	Alcantarillado	Teléfono	Carro recolector	Asfaltado
Entubada	No	Pozos sépticos	Internet	Quema	Lastrado
Pozo perforado	Medidor	Letrinas	Cable	Quebrada	Senderos
Agua lluvia	Si		Celular	Reciclaje	Fluvial
tanquero	No				
Ríos/ esteros					

Necesidades de la Familia

5. DATOS DE SALUD:

Discapacidad		Tipo		Porcentaje	
¿ Tiene alguna enfermedad catastrófica (si/no)?				Tratamiento (si/no)	
Obesidad				Medicación (si/no)	
Diabetes				Recibe atención médica (si/no)	
Hipertensión					
Enfermedades cerebrovasculares					
Enfermedades cardiovasculares					
Cáncer					
Enfermedades crónicas respiratorias					
Desnutrición					
VIH/SIDA					
Otras					
¿Padece alergias? (SI) (NO)					
Especifique: _____					
Especifique los medicamentos que utiliza para controlar la alergia.					





El beneficiario recibe atención médica en:

☐	Centro de salud	☐	Subcentro de salud	☐	Hospital público	☐	Clínica privada
☐	Automedicación	☐	Medicina tradicional	☐	Medicina natural	☐	Medicina alternativa

6. HISTORIA VITAL

Embarazo y parto

¿Edad de la madre al nacer?		¿Accidentes en el embarazo?					
¿Medicamentos durante el embarazo?		¿Cuales?					
☐	Parto: al término	☐	Prematuro	☐	Cesárea	☐	Parto normal
Especificar cualquier otra dificultad en el embarazo							

Datos del beneficiario de recién nacido

Peso al nacer:		Talla al nacer:	
Edad en que empezó a caminar:		Edad a la que hablo por primera vez:	
Periodo de lactancia:		Edad hasta la cual utilizó biberón:	
Edad en que aprendió a controlar esfínteres			

Enfermedades (desde la infancia hasta la actualidad):

Enfermedades:		Descripción:	
Accidentes:		Descripción:	
Cirugías:		Descripción:	
Pérdidas de conocimiento:		Descripción:	
Otros:		Descripción:	

Para constancia de la información proporcionada, esta será de carácter reservado para manejo estadístico institucional.

FIRMA:

Técnico responsable:

CI: