SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
COORDINACIÓN DE DISCAPACIDAD

"UNIDAD DE TERAPIA INFANTIL"

ESTUDIO SOCIAL

NOMBRE:			**No. de Expediente:**
Edad:	**Sexo:**	**Edo. Civil:**	**Fecha de Estudio:**
Escolaridad:	**Ocupación:**		**Teléfono del Trabajo:**
Domicilio:			**Teléfono del Domicilio:**
Ubicación Calles Trasversales:		**Calles Paralelas:**	
Entidad Federativa:		**Código Postal:**	
Servicio:		**No. de Ingreso:**	
Motivo del Estudio:			
Nombre del Entrevistado:	**Parentesco o Relación:**	**Edad:**	

ESTRUCTURA FAMILIAR

Miembro de la Familia Nombre	Parentesco	Edad	Edo. Civil	Ocupación Escolaridad

DATOS ECONOMICOS

INGRSESO		EGRESOS	
Nombre		Renta o Pago de Casa	
Madre		Alimentación – Vestido	
Hermano		Agua, Luz y Teléfono	
Discapacitado		Educación	
Esposo (a)		Pasajes	
Otros		Abonos	
		Otros	
Total de Ingresos:		Total de Egresos:	

Tipo de Vivienda: Propia ☐ Rentada ☐ Prestada ☐ Sala ☐ Comedor ☐ Piso ☐

Sanitarios SI ☐ NO ☐ Tipo: _____

Animales Domésticos: _____ Otros: _____

Accesibilidad para Deambulacion del discapacitado:

Accesibilidad Deportiva y Cultural del discapacitado y si familia:

Problemas Familiares, Ecomomicos y de Comunicación por la Familia:

Recursos Familiares que pueden contribuir a la Rehabilitacion del discapacitado:

Ocupacion del Tiempo libre del discapacitado:

Nombre, Firma y No. de Credencial:

NOMBRE	Parentesco	Edad	Edo. Civil	Ocupación Escolaridad

Miembros separados:

Observaciones de la Relación Familiar:

Descripción del Problema de discapacidad:

A que lo atribuye la familia y que importancia le da:

Esfuerzo realizada por la familia para resolver el problema del discapacitado:

Actitud de la familia antes el discapacitado:

Repercucion de la discapacidad en el medio familiar y extrafamiliar:

Dinamica Familiar, Comunicación, Normas, Valores, Religion, Otros.

INFORME DE TRABAJO SOCIAL

FECHA Y HORA	N O T A
	DX. SOCIAL: **TX. SOCIAL:**