

Estudio Socioeconómico

Folio: _____ Fecha: _____

Datos Generales

Nombre del beneficiario: _____
 Edad: _____ años _____ meses Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____

Datos Familiares

Nombre de la madre: _____
 Edad: _____ Teléfono: _____
 Dirección: _____
 Nombre del padre: _____
 Edad: _____ Teléfono: _____
 Dirección: _____
 ¿El beneficiario tiene hermanos?

SI	NO
----	----

 ¿Cuántos?: _____

Historia Clínica I

¿Cuenta con algún diagnóstico?

SI	NO
----	----

 Diagnóstico Primario: _____
 Edad del diagnóstico: _____ ¿Acude a terapias?

SI	NO
----	----

 Indique el nombre de la institución donde acude a terapia: _____
 ¿Ha sido diagnosticado con alguna coocurrencia, o alguna enfermedad recurrente o permanente? (TDAH, Alergias, Crisis Epilépticas, etc.)

SI	NO
----	----

 ¿Toma algún medicamento?

SI	NO
----	----

 ¿Cuál? _____

Economía Familiar

Ingresos mensuales

Padre	
Ocupación:	Empresa donde labora:
Antigüedad:	Ingreso mensual neto:
Madre	
Ocupación:	Empresa donde labora:
Antigüedad:	Ingreso mensual neto:

¿Algún otro miembro de su familia aporta al ingreso familiar?

SI	NO
----	----

En caso de una respuesta afirmativa por favor responda la siguiente sección

Parentesco:		Ocupación:
Empresa donde labora:		Ingreso mensual neto:
¿Perciben algún otro ingreso?		Origen de estos ingresos:
SI	NO	

Dependientes económicos

Personas que dependen económicamente del ingreso familiar		
Nombre:	Parentesco:	Gasto mensual:

Pensando en la persona que aporta la mayor parte del ingreso familiar ¿Cuál fue el último grado de estudios que completo?

¿Cuentan con algún negocio o emprendimiento en la familia?

SI	No	¿Cuál?:
----	----	---------

Características de la vivienda

Tipo de vivienda	La vivienda es:	Indique la cantidad de cada cuarto que existen en su vivienda, si no cuenta con alguno marque con una X	
Casa Habitación []	Propia []	Sala []	Baños c/s regadera []
Departamento []	Rentada []	Cocina []	Dormitorios []
Casa Dúplex []	Prestada []	Comedor []	Jardín []
Cuarto de azotea []	¿Con qué servicios cuenta?	Antecomedor []	Cuarto de servicio []
Casa de lámina []	Luz []	Sala de televisión []	Cuarto de lavado []
Otro: (Especificar)	Agua Potable []	Bienes con los que cuenta la vivienda, indique la cantidad de cada uno, si no cuenta con alguno marque con una X	
	Drenaje []		
¿Cuenta con vehículo propio?	Gas []	Cama []	Refrigerador []
SI	NO	Estufa []	Focos []
Tipo de vehículo	Internet []	Microondas []	Televisión []
Sedán []	Televisión por cable []	Tostador []	Juego de comedor []

SUV []	Servicios de streaming []	Cafetera []	Airfryer []
Minivan []	Servicio de limpieza []	Juego de sala []	Aire acondicionado []
Camioneta de carga []	Servicio de alarma []	Computadora []	Videojuegos/Tabletas []

Egresos Mensuales

Tipo de gastos	SI	NO	Importe	Comentarios
Alimentos				
Renta o pago de hipoteca				
Servicios de la vivienda				
Atención médica				
Educación				
Vestido				
Transporte				
Recreación				
Tarjetas o prestamos				
Total:				

Historia clínica II

Si el beneficiario acude a terapias dentro de TEYBI no es necesario completar esta sección.

¿Existe algún antecedente relacionado con el diagnóstico del beneficiario?

¿La gestación y parto ocurrieron con normalidad o hubo alguna complicación?

¿Cuáles son los aspectos del desarrollo temprano (0 a 6 años) del beneficiario que generaron alerta sobre un posible diagnóstico?

Declaro bajo protesta de decir verdad que la información proporcionada en este formulario es verídica y completa en la medida de mi conocimiento. Acepto la responsabilidad por la exactitud de los datos proporcionados y estoy dispuesto(a) a proporcionar aclaraciones adicionales si fuera necesario.

Nombre: _____

Firma: _____

Las siguientes secciones deberán ser completadas por el equipo de TEYBI.

Breve Evaluación

Señale el área o las áreas donde se recomienda intervención

Comunicación y/o lenguaje

Cognición

Socialización

Motricidad

Describa brevemente los objetivos y actividades recomendadas para el abordaje terapéutico

Comentarios y notas adicionales:

Revisó: _____ Firma _____ Fecha _____

Estatus: _____ En caso de ser seleccionado especificar %: _____