



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
 DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA  
 COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA DE LOS  
 CENTROS DE ASISTENCIA INFANTIL COMUNITARIOS



**CÉDULA IDENTIFICACIÓN**



NOMBRE DEL ALUMNO: \_\_\_\_\_

C.A.I.C. \_\_\_\_\_

C.C.T.: \_\_\_\_\_

MATRICULA: \_\_\_\_\_

GRADO: \_\_\_\_\_

GRUPO: \_\_\_\_\_

**PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER AL ALUMNO (A)**

	NOMBRE: _____
	PARENTESCO: _____
	DIRECCIÓN: _____
	TEL. EN CASA: _____
	TELÉFONO CELULAR: _____
	TRABAJO: _____
EXT.: _____	

	NOMBRE: _____
	PARENTESCO: _____
	DIRECCIÓN: _____
	TEL. EN CASA: _____
	TELÉFONO CELULAR: _____
	TRABAJO: _____
EXT.: _____	

	NOMBRE: _____
	PARENTESCO: _____
	DIRECCIÓN: _____
	TEL. EN CASA: _____
	TELÉFONO CELULAR: _____
	TRABAJO: _____
EXT.: _____	



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA  
COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA DE LOS  
CENTROS DE ASISTENCIA INFANTIL COMUNITARIOS  
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

C.A.I.C. \_\_\_\_\_

GRADO: \_\_\_\_\_

C.C.T.: \_\_\_\_\_

GRUPO: \_\_\_\_\_

MATRICULA: \_\_\_\_\_

FECHA DE ELABORACIÓN: \_\_\_\_\_

DATOS GENERALES DE LA ALUMNA O EL ALUMNO

NOMBRE DE LA NIÑA O EL NIÑO:

CURP: \_\_\_\_\_

SEXO: (M) (F)

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ NOMBRE DE LA MADRE, PADRE

O TUTOR DEL BENEFICIARIO:

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ PARENTESCO CON EL MENOR:

ESTRUCTURA FAMILIAR.

(PERSONAS CON LA QUE VIVE LA NIÑA O EL NIÑO SEAN O NO FAMILIARES)

NOMBRE	SEXO	EDAD	PARENTESCO	OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL	GRADO DE ESTUDIOS

CONDICIONES DE LA HABITACIÓN

ZONA:

( ) RURAL ( ) URBANA ( ) OTRA DESCRIBA \_\_\_\_\_

CARACTERÍSTICAS:

PROPIA       RENTADA       PRESTADA       VECINDAD

OTRA DESCRIBA \_\_\_\_\_

MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN

PISOS

MOSAICO       LOSETA       TIERRA       CEMENTO       OTROS \_\_\_\_\_

PAREDES

LADRILLO       LAMINA       ADOBE       CEMENTO       OTROS \_\_\_\_\_

TECHOS

LAMINA                       LOSA                       OTROS \_\_\_\_\_

ACABADOS (DESCRIBIR) \_\_\_\_\_ DISTRIBUCIÓN

SALA       COMEDOR       ESTANCIA       PATIO       GARAJE       BAÑO

HABITACIONES (NUMERO) \_\_\_\_\_       OTROS \_\_\_\_\_ SERVICIOS

DRENAJE                       AGUA                       LUZ                       TELÉFONO

SITUACIÓN ECONÓMICA (ANOTAR CANTIDAD EXACTA)

INGRESOS	EGRESOS
MADRE:	VIVIENDA:
PADRE:	SERVICIOS PÚBLICOS:
PENSIÓN:	TRANSPORTE:
OTROS:	EDUCACIÓN:
	VESTIDO:

	ALIMENTACIÓN:
	OTROS:
TOTAL:	TOTAL:

NECESIDAD EDUCATIVA ESPECIAL

TIENE NECESIDAD EDUCATIVA ESPECIAL (MARQUE CON X) SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿CUÁL? \_\_\_\_\_

INDISPENSABLE: ANEXAR RESUMEN MEDICO CON DIAGNOSTICO ACTUAL. AUXILIARSE PARA ELEGIR LA NECESIDAD ESPECIFICA EN LA TABLA QUE A CONTINUACIÓN SE MUESTRA

TABLA DE NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES

- ❖ DISCAPACIDAD AUDITIVA      ❖ DISCAPACIDAD MOTORA
- ❖ DISCAPACIDAD VISUAL      ❖ AUTISMO
- ❖ DISCAPACIDAD INTELECTUAL      ❖ TRASTORNO GENERALIZADO DE
- ❖ DISCAPACIDAD MULTIPLE      DESARROLLO

SITUACIONES ESPECIALES:

EN CASO DE LA QUE NIÑA O EL NIÑO PRESENTE ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES, FAVOR DE MARCAR CON UNA "X"

SE ENCUENTRA BAJO TRATAMIENTO MÉDICO O PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA:

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿CUÁL? \_\_\_\_\_

INDISPENSABLE: ANEXE RESUMEN MÉDICO CON DIAGNÓSTICO ACTUAL.

OBSERVACIONES:

---

---

---

---

---

---

---

---

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ELABORÓ




Nombre y firma del (de la) Responsable Estatal de CADI y  
CAIC (7)

**INSTRUCCIONES DE LLENADO:**

- 1.- ANOTAR EL NOMBRE DEL MUNICIPIO EN EL CUAL SE LLEVA A CABO LA ESTRATEGIA
- 2.- ANOTAR EL NOMBRE DEL CADI, CAIC, ESTANCIA O JARDÍN DE NIÑOS EN EL CUAL SE APLICÓ LA ESTRATEGIA

---

Nombre y firma del Responsable Estatal de Riesgos Psicosociales  
Adicciones (8)

3.- ANOTAR EL NÚMERO DE EDUCADORAS, RESPONSABLES DE GRUPO O ASISTENTES QUE PARTICIPARON EN LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA. SI EL PERSONAL TIENE ADSCRIPCIÓN AL SISTEMA ESTATAL SE COLOCARÁN EN LA COLUMNA DE SEDIF; EN CASO DE QUE EL PERSONAL PERTENEZCA A ALGÚN DIF MUNICIPAL SE ANOTARÁN EN LA COLUMNA DE SMDIF; Y EN EL CASO DE QUE SEAN VOLUNTARIOS, DE SERVICIO SOCIAL O DE OTRA INSTITUCIÓN, SE ANOTARÁN EN LA COLUMNA OTROS.

4.- ANOTAR EL NÚMERO DE GRUPOS DE LACTANTES CON LOS CUALES SE APLICÓ LA ESTRATEGIA. EN LA COLUMNA NIÑAS SE ANOTARÁ EL NÚMERO DE NIÑAS QUE PARTICIPÓ EN EL GRUPO; EN LA COLUMNA NIÑOS SE ANOTARÁ EL NÚMERO DE NIÑOS QUE PARTICIPÓ EN EL GRUPO; Y EN LA COLUMNA DE TOTAL SE ANOTARÁ LA SUMA DE NIÑAS Y NIÑOS LACTANTES.

5.- ANOTAR EL NÚMERO DE GRUPOS DE MATERNALES CON LOS CUALES SE APLICÓ LA ESTRATEGIA. EN LA COLUMNA NIÑAS SE ANOTARÁ EL NÚMERO DE NIÑAS QUE PARTICIPÓ EN EL GRUPO; EN LA COLUMNA NIÑOS SE ANOTARÁ EL NÚMERO DE NIÑOS QUE PARTICIPÓ EN EL GRUPO; Y EN LA COLUMNA DE TOTAL SE ANOTARÁ LA SUMA DE NIÑAS Y NIÑOS MATERNALES.

6.- ANOTAR EL NÚMERO DE GRUPOS DE PREESCOLARES CON LOS CUALES SE APLICÓ LA ESTRATEGIA. EN LA COLUMNA NIÑAS SE ANOTARÁ EL NÚMERO DE NIÑAS QUE PARTICIPÓ EN EL GRUPO; EN LA COLUMNA NIÑOS SE ANOTARÁ EL NÚMERO DE NIÑOS QUE PARTICIPÓ EN EL GRUPO; Y EN LA COLUMNA DE TOTAL SE ANOTARÁ LA SUMA DE NIÑAS Y NIÑOS PREESCOLARES.

7.- INCLUIR EL NOMBRE COMPLETO Y

FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE

ESTATAL DE CADI, CAIC O ESTANCIAS

QUE SE ENCARGÓ DE CONCENTRAR LA

INFORMACIÓN. 8.- INCLUIR EL NOMBRE

COMPLETO Y FIRMA DEL RESPONSABLE

ESTATAL DE LA TEMÁTICA DE RIESGOS

PSICOSOCIALES ADICCIONES

**NOTA:**

EL RESPONSABLE ESTATAL DE LA TEMÁTICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES ADICCIONES ENVIARÁ ESTE REPORTE DE MANERA TRIMESTRAL A SU ENLACE EN LA SUBDIRECCIÓN DE CAPACITACIÓN EN INFANCIA Y FAMILIA