

Formato de Estudio Socioeconómico.

1 Nombre completo: _____

2 Semestre actual: _____ Carrera: _____ Promedio: _____ No. Control: _____

3 Sexo: _____ Edad: _____ Estado civil: _____

4 ¿Tienes hijos? _____

5 Dirección: _____

Colonia: _____ Localidad: _____

No. De Teléfono Celular: _____ No. Teléfono hogar: _____

6 Actualmente vives... A) Con padres o tutores B) Con algún familiar C) Sólo(a) D) Cónyuge

7 ¿De quién depende económicamente? Ambos padres () padre () Madre () De mí () Otro ()

8 Edad. Grado académico ocupación, lugar de trabajo (nombre, dirección y teléfono) de.....

Padre: _____

Madre: _____

Hermanos (Nombre, edad y ocupación): _____

9 A cuánto ascienden tu ingreso familiar mensual (anexar comprobante): _____

10 Número de automóviles: _____

11 ¿Qué medio utilizas para trasladarte al tecnológico?: _____

12 La casa donde vives es: () Propia () Rentada () Prestada (Anexar comprobante de domicilio)

A) Concreto, ladrillo o tabique (subraye una) B) Madera, lámina u otros materiales (subraye una)

13 Señale el Mobiliario con el que cuenta:

Televisión () DVD () Estufa () Horno de microondas () Lavadora () Secadora () Refrigerador ()
 Computadora () Teléfono fijo () Teléfono móvil () Boiler ()

14. ALIMENTACION.

Señale con una X la frecuencia con que lo consume.

ALIMENTO	DIARIO	CADA TERCER DIA	UNA VEZ A LA SEMANA	UNA VEZ AL MES	NUNCA
CARNE DE RES					
CARNE DE POLLO					

ALIMENTO	DIARIO	CADA TERCER DIA	UNA VEZ A LA SEMANA	UNA VEZ AL MES	NUNCA
CARNE DE CERDO					
CARNE DE PESCADO					
LECHE/DERIVADOS					
CEREALES					
HUEVO					
VERDURAS					
LEGUMINOSAS (frijol, habas, lentejas, etc.)					

15 ¿Trabajas Actualmente? () Sí () No

16 ¿En dónde, con qué sueldo mensual y horario? _____

17 ¿A cuánto ascienden tus gastos personales mensuales? _____

18 ¿Quién cubre tus colegiaturas? _____

19 ¿Cuánto recibes de tus padres o tutores? _____

20 ¿Actualmente cuentas con alguna otra beca o apoyo económico? (Institución, Monto y periodicidad)

21 ¿Algún miembro cercano de tu familia tiene enfermedad grave o discapacidad? _____

22 En caso afirmativo ¿Cuánto gastan mensualmente en el tratamiento?

23 ¿Qué servicio médico utilizan en tu familia? () IMSS () ISSSTE () POPULAR () Particular

() Otro especifique _____

Lugar y Fecha:

Firma del Interesado:

Manifiesto bajo protesta de decir verdad que la información proporcionada en este formato es verdadera y estoy de acuerdo a que se compruebe la veracidad de esta información.

Observaciones: _____