



Aseguramiento de la Calidad Alimentaria
 Apoyo Alimentario a Población Vulnerable
Encuesta de Focalización de Individuos con Inseguridad Alimentaria (EFIA)



Asistencia Social Alimentaria en los Primeros 1000 Días de Vida

Instrucciones:
 Favor de contestar según la
Guía de llenado anexa al final.

Este cuadro sera llenado por SMDIF después de capturarla

1.- Seguro
 2.- Inseguridad Leve
 3.- Inseguridad Moderada
 4.- Inseguridad Severa

Elaborado por _____ **Fecha** _____
 Nombre y Cargo

1.- Ficha de Identificación
 Entidad Federativa _____ Municipio _____ Localidad _____

2.- Datos de Identificación del Beneficiario

Nombre del Beneficiario _____ Sexo Masculino Femenino
 Nombres _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

Fecha de Nacimiento _____ CURP _____
 Día Mes Año

Telefono _____ Ingreso Mensual _____

Indígena Si No

Ocupación _____

Recibe algun otro apoyo alimentario Si No

Institución de Servicio de Salud _____

Estado Civil del Beneficiario

1. Soltero 4. Viuda

2. Casado 5. Unión Libre

3. Divorciado 6. No Aplica

Tipo de Población Objetivo

1. Mujer en periodo de embarazo

2. Mujer en periodo de lactancia

3. Niña y Niño de 1 a 2 años

Nota

En caso de contar con más de un tipo de población objetivo, se deberán marcar las opciones que correspondan.

Nombre del Responsable _____

Parentesco del Responsable con el Beneficiario _____

Asistencia Social Alimentaria en los Primeros 1000 Días de Vida

3.- Dirección de la Vivienda

Tipo de vialidad _____ Vialidad _____ No. Exterior _____ No. Interior _____

Calles con las que cruza _____ C.P. _____ Tipo de carretera _____

Asentamiento _____ Nombre del asentamiento _____ Derecho de Tránsito _____

Tipo de Camino _____ Descripción de ubicación _____

4.- Composición Familiar

Nombre Completo <small>Nombre (s)/ Apellido Paterno/ Apellido Materno</small>	Fecha de Nacimiento	Sexo	Escolaridad	Ocupación	Ingreso Mensual

5.- Calidad y Espacios de la Vivienda

1. ¿El material de la casa de la vivienda es de tierra?
 Si No

2. ¿El material del techo de la vivienda es lámina, cartón o desechos?
 Si No

3. ¿El material de los muros es de embarro, carrizo, bambú, lámina, (cartón, metálica, asbesto) o material de desecho?
 Si No

4. Número de habitaciones de la vivienda sin contar baño ni cocina

5. ¿Es propietario de la casa en donde vive?
 Si No

6. ¿En la zona en la que usted vive, hubo algún desastre natural grave durante los últimos 3 meses, en el que su hogar o familia resultó afectado?
 Si No

6.- Acceso a Servicios Básicos de la Vivienda

1. ¿Su hogar cuenta con agua entubada dentro de la vivienda?
 Si No

2. ¿Su hogar cuenta con drenaje o fosa séptica?
 Si No

3. ¿Su hogar dispone de energía eléctrica?
 Si No

4. ¿Utiliza el gas para cocinar o calentar los alimentos?
 Si No

5. ¿Su hogar cuenta con refrigerador en funcionamiento?
 Si No

Asistencia Social Alimentaria en los Primeros 1000 Días de Vida

7.- Módulo Cualitativo de la Experiencia en Seguridad Alimentaria

En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, alguna vez

1. ¿Usted se preocupó de que los alimentos se acabaran en su hogar?

Si No

2. ¿En su hogar se quedaron sin alimentos?

Si No

3. ¿En su hogar dejaron de tener una alimentación saludable y balanceada?

Si No

4. ¿Usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?

Si No

5. ¿Usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?

Si No

6. ¿Usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que debía comer?

Si No

7. ¿Usted o algún adulto en su hogar sintió hambre pero no comió?

Si No

8. ¿Usted o algún adulto en su hogar solo comió una vez al día o dejó de comer todo un día?

Si No

¿En su hogar viven personas menores de 18 años?

Si Continuar

No Finalizar Cuestionario

9. ¿Algún menor de 18 en su hogar dejó de tener una alimentación saludable y balanceada?

Si No

10. ¿Algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?

Si No

11. ¿Algún menor de 18 años en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?

Si No

12. ¿Algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía?

Si No

13. ¿Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comidas a algún menor de 18 años en su hogar?

Si No

14. ¿Algún menor de 18 años en su hogar sintió hambre peor no comió?

Si No

15. ¿Algún menor de 18 años en su hogar sólo comió una vez al día o dejó de comer todo un día?

Si No



Aseguramiento de la Calidad Alimentaria
Apoyo Alimentario a Población Vulnerable
Encuesta de Focalización de Individuos con Inseguridad Alimentaria (EFIIA)



Asistencia Social Alimentaria en los Primeros 1000 Días de Vida

Aviso de Privacidad del SMDIF

Favor de consultar el "**Aviso de Privacidad**" del Sistema DIF Municipal.

El uso y resguardo a cargo del Sistema DIF Municipal y el Departamento de Apoyo Alimentario a Población Vulnerable del Sistema Estatal DIF Jalisco, será de 5 años entrando en vigor a partir de su ingreso al programa

He leído el aviso y acepto

No acepto

Nombre y Firma de la Beneficiario (a)

Nombre y Firma del Director (a) del SMDIF

Nombre y Firma del Encargado del Programa

Sello SMDIF

Asistencia Social Alimentaria en los Primeros 1000 Días de Vida

Ubicación de la Dirección del Beneficiario

Nombre de la Localidad del Domicilio del Beneficiario _____ Clave de la Localidad _____

Tipo de Vialidad que tiene el Domicilio _____

Carretera Tipo _____

Carretera Derecho Transporte _____

Carretera Nombre _____

Tipo de Camino _____

Nombre del Camino _____

Número Exterior 1 del Domicilio _____

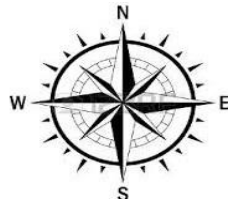
Número Exterior 2 del Domicilio _____

Número Interior _____

Número Interior Alfanumérico _____

Tipo de Asentamiento _____

Croquis



<div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 60%; margin: auto;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 60%; margin: auto;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 60%; margin: auto;"></div>	
		FRENTE A DOMICILIO			
<div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 60%; margin: auto;"></div>	LATERAL 1	<div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 60%; margin: auto;"></div>	LATERAL 2	<div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 60%; margin: auto;"></div>	
		ATRÁS			
		<div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 60%; margin: auto;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 60%; margin: auto;"></div>	
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> Descripción relevante de la ubicación del domicilio, con referencia a lo que lo rodea. </div>			

Nota: Ubicar el domicilio en los cuadrantes, ver la guía de llenado. Se pondrá **No Disponible** solo cuando después de haber realizado la búsqueda no se cuente con la información.

Sujeto a revisión del Depto (presentar lleno).

Asistencia Social Alimentaria en los Primeros 1000 Días de Vida

Guía de llenado

Encuesta de Focalización de Individuos con Inseguridad Alimentaria (EFIIA)

Punto	Contenido	Descripción
Elaborado por	Nombre y Cargo	Anotar nombre y cargo de la persona que levantó la EFIIA.
1. Ficha de Identificación	Entidad Federativa, Municipio y Localidad	La Entidad Federativa siempre será Jalisco. El Municipio y localidad será a donde corresponda su SMDIF.
2. Datos de Identificación de Beneficiarios	Nombre	Anotar nombre iniciando por: Nombre (s), Apellido Paterno y Apellido Materno.
	Fecha de Nacimiento	Fecha de nacimiento iniciando por: Mes, Día y Año.
	Sexo	Anotar en el cuadro correspondiente al sexo: masculino o femenino.
	CURP	Clave Única de Registro de Población, (asegurarse que cuente con 18 caracteres).
	Estado Civil	Anotar en el cuadro el estado civil del encuestado: soltero, casado, divorciado, viudo o unión libre, No Aplica en el caso de los niños.
	Teléfono	Solicitar número telefónico de celular o casa , para localizarlo en caso de emergencia.
	Indígena	Referir si el beneficiario es indígena (Registrar si o no según corresponda).
	Discapacidad	Registrar si o no, en caso afirmativo especificar si es auditiva, motora, mental y/o visual.
	Ocupación	Preguntar a que se dedica, pudiendo ser: hogar, desempleado, jornalero, albañil, empleado, obrero, cuenta propia, jubilado, estudiante, ninguna u otra.
	Institución de Servicio de Salud	Solicitar institución de Salud a la que está afiliado: IMSS, ISSSTE, Seguro Popular, Seguro Privado o ninguno.
	Tipo de población objetivo	Marcar en el cuadro el tipo de población, pudiendo ser mas de uno, según corresponda.
	Nombre del Responsable	Solicitar nombre de una persona mayor de 18 años que fungirá como responsable, en caso de que el beneficiario sea menor de edad, no puede asistir a alguna plática de Orientación Alimentaria ni recoger el apoyo alimentario.
	Parentesco del Beneficiario	Solicitar el parentesco de la persona responsable: hermano (a), esposo (a), hijo (a), concubino
3. Dirección de la vivienda	Tipo de Vialidad	Especificar el tipo de calle donde vive: calle, avenida, carretera, andador, boulevard, callejón, calzada, cerrada, circuito, circunvalación, continuación, corredor, diagonal, peatonal, periférico, privada, prolongación, retorno, viaducto, brecha, camina, terracería, vereda.
	Vialidad	Anotar el nombre de la antes mencionada.
	Número Exterior	Anotar el número externo de la vivienda.
	Número Interior	Anotar el número interno (sólo si aplica).
	Calles con las que Cruza	Incluir nombre de las calles con las que cruza la vialidad donde vive.
	Código Postal	Anotar código postal y verificar mediante documento oficial.
	Asentamiento	Anotar si se trata de: colonia, barrio, ciudad, ciudad industrial, condominio, conjunto habitacional, corredor industrial, coto, cuartel, ejido, granja, hacienda, pueblo, puerto, ranchería, rancho, región, residencial, villa, localidad etc.
	Nombre del Asentamiento	Solicitar el nombre de la antes descrita.
	Tipo de Carretera	Anotar si es: estatal, federal, municipal o particular.
	Derecho de Tránsito	Anotar si es: libre o cuota.
	Tipo de Camino	Anotar si es: brecha, terracería, camino o vereda.
Descripción de la Ubicación	Señalar las características de la casa, así como su entorno para facilitar ubicación. <i>Ejemplo: casa de 2 pisos, color rosa, puertas negras y un árbol afuera. A un lado de la Escuela Primaria Reforma, etc.</i>	



Aseguramiento de la Calidad Alimentaria
Apoyo Alimentario a Población Vulnerable
Encuesta de Focalización de Individuos con Inseguridad Alimentaria (EFIIA)



4. Composición Familiar	Información Familiar	Solicitar información de los integrantes de la familia: nombre completo, fecha de nacimiento, sexo, escolaridad, ocupación y el ingreso mensual.
5. Calidad y Espacio de la Vivienda	Preguntas de las características materiales de la vivienda	Anotar en el cuadro de cada pregunta, según sea la respuesta: Si o No.
6.- Acceso a Servicios Básicos de la Vivienda	Preguntas de los servicios con que cuenta la vivienda	Anotar en el cuadro de cada pregunta, según sea la respuesta: Si o No.
7.- Módulo Cualitativo de la Experiencia en Seguridad Alimentaria	Preguntas que señalan "En los últimos 2 meses, por falta de	Anotar en el cuadro de cada pregunta, según sea la respuesta: Si o No.
	Preguntas que señalan "En su hogar viven personas menores de 18 años"	Anotar en el cuadro de cada pregunta, según sea la respuesta: Si o No. Si la respuesta es "SI" favor de continuar. Si la repuesta es "No" finalizar encuesta
Observaciones	Observación	En caso de existir alguna observación, favor de anotarla.
Firmas	Nombre y firma, así como el sello oficial del SMDIF	En cada Encuesta EFIIA, el Director(a) y Encargado del Programa Primeros 1,000 Días de Vida deben poner su nombre y firma, así como el sello oficial del SMDIF.