



**Aseguramiento de la Calidad Alimentaria**  
 Departamento de Estrategias Alimentarias  
**Encuesta de Focalización de Individuos con Inseguridad Alimentaria (EFIIA) 2023**



Programa de Atención Alimentaria a Grupos Prioritarios

*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

<input type="checkbox"/> 1. Soltero	<input type="checkbox"/> 4. Viuda
<input type="checkbox"/> 2. Casado	<input type="checkbox"/> 5. Unión Libre
<input type="checkbox"/> 3. Divorciado	<input type="checkbox"/> 6. No Aplica

Tipo de Población Objetivo

<input type="checkbox"/> 1. Adulto Mayor (se considera a partir de los 60 años)	<input type="checkbox"/> Auditiva	<input type="checkbox"/> Visual	<input type="checkbox"/> Motriz	<input type="checkbox"/> Intelectual
<input type="checkbox"/> 2. Persona con discapacidad				
<input type="checkbox"/> 3. Niñas y Niños de 2 a 5 años 11 meses No Escolarizados	Medición del Niño (a) no escolarizado <input type="checkbox"/>	Peso actual Kg. <input type="checkbox"/>	Talla Cm <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 4. Carencia Alimentaria y/o Desnutrición	Segunda Medición de Peso y Talla <input type="checkbox"/>	Peso actual Kg. <input type="checkbox"/>	Talla Cm <input type="checkbox"/>	

Nombre del Responsable \_\_\_\_\_  
 Parentesco del Responsable con el Beneficiario \_\_\_\_\_

**Programa de Atención Alimentaria a Grupos Prioritarios**

**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

Programa de Atención Alimentaria a Grupos Prioritarios

**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 pero 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**  
Departamento de Estrategias Alimentarias  
**Encuesta de Focalización de Individuos con Inseguridad Alimentaria (EFIIA) 2023**



Programa de Atención Alimentaria a Grupos Prioritarios

Consulta el Aviso de Privacidad del SMDIF

Consulta el Aviso de Privacidad del SMDIF	
<input type="checkbox"/>	He leído el aviso y acepto
<input type="checkbox"/>	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

Programa de Atención Alimentaria a Grupos Prioritarios

**Guía de llenado**

Encuesta de Focalización de Individuos con Inseguridad Alimentaria (EFIIA)

Punto	Contenido	Descripción
<b>Elaborado por</b>	Nombre y Cargo	Anotar nombre y cargo de la persona que levantó la EFIIA.
<b>1. Ficha de Identificación</b>	Entidad Federativa, Municipio	La Entidad Federativa siempre será Jalisco. El Municipio y localidad será a donde corresponda
<b>3. Dirección de la vivienda</b>	Tipo de Vialidad	Especificar el tipo de calle donde vive: <b>calle, avenida, carretera, andador, boulevard, callejón, calzada, cerrada, circuito, circunvalación, continuación, corredor, diagonal, peatonal, periférico, privada, prolongación, retorno, viaducto, brecha, camino, terracería, vereda.</b>
	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: <b>colonia, barrio, ciudad, ciudad industrial, condominio, conjunto habitacional, corredor industrial, coto, cuartel, ejido, granja, hacienda, pueblo, puerto, ranchería, rancho, región, residencial, villa, localidad etc.</b>
	Nombre del Asentamiento	Solicitar el nombre de la antes descrita.
	Tipo de Carretera	Anotar si es: <b>estatal, federal, municipal o particular.</b>
	Derecho de Tránsito	Anotar si es: <b>libre o cuota.</b>
Tipo de Camino	Anotar si es: <b>brecha, terracería, camino o vereda.</b>	
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>	
<b>4. Composición Familiar</b>	Información Familiar	Solicitar información de los integrantes de la familia: <b>nombre completo, fecha de nacimiento, sexo, escolaridad, ocupación y el ingreso mensual.</b>
<b>5. Calidad y Espacio de la Vivienda</b>	Preguntas de las características materiales de la vivienda	Anotar en el cuadro de cada pregunta, según sea la respuesta: <b>Si o No.</b>
<b>6.- Acceso a Servicios Básicos de la Vivienda</b>	Preguntas de los servicios con que cuenta la vivienda	Anotar en el cuadro de cada pregunta, según sea la respuesta: <b>Si o No.</b>
<b>7.- Módulo Cualitativo de la Experiencia en Seguridad Alimentaria</b>	Preguntas que señalan "En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, alguna vez."	Anotar en el cuadro de cada pregunta, según sea la respuesta: <b>Si o No.</b>
	Preguntas que señalan "En su hogar viven personas menores de 18 años"	Anotar en el cuadro de cada pregunta, según sea la respuesta: <b>Si o No.</b> <b>Si la respuesta es "Si" favor de continuar. Si la repuesta es "No" finalizar encuesta</b>
<b>Firmas</b>	Nombre y firma, así como el sello oficial del SMDIF	En cada Encuesta EFIIA, el <b>Director(a) y Encargado del Programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria (PAAP)</b> deben poner su nombre y firma, así como el sello oficial del SMDIF.