



TRABAJEMOS
DIFERENTE
2016, 2021

SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO

PROGRAMA ATENCIÓN A MENORES DE 6 AÑOS, EN RIESGO NO ESCOLARIZADOS

FICHA DE VALORACIÓN			
Municipio:			
Comunidad o Colonia:			
Nombre del Beneficiario(a):			
Nombre del Padre, Madre o Tutor:			
FECHA:			
Peso:	Kg.	Talla:	Cm.
Diagnóstico Nutricional:			
Avance/Recuperación:			

NOMBRE DEL DOCTOR (A)		SELLO
N° CÉDULA PROFESIONAL		

AUTORIDAD DEL SMDIF
NOMBRE, CARGO, FIRMA Y SELLO

GENERACION DE DIAGNOSTICOS NUTRICIONALES DE MENORES

PROGRAMA DE ATENCION A MENORES DE 6 AÑOS EN RIESGO, NO ESCOLARIZADOS

Municipio:

Coordinación con:

Comunidad:

Fecha de elaboración:

Nombre del personal que elaboró el censo y da seguimiento:

Nombre del Niño o Niña	Fecha de Nacimiento	Domicilio	Sexo		Edad	Fecha de Valoración	Peso	Talla	Edo. Nut.	Avance de Recuperación	Altas	Bajas	Paquete Alimentario	Fecha de Entrega	Nombre y firma de recibido del padre, Madre o Tutor.
			H	M											

Nombre y Firma del SMDIF



Dirección de Alimentación y Desarrollo Comunitario



SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACION SOBRE ASISTENCIA SOCIAL
PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA Y DESARROLLO COMUNITARIO

BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A MENORES DE 6 AÑOS EN RIESGO, NO ESCOLARIZADOS

DATOS DEL BENEFICIARIO

1.- MUNICIPIO * _____
2.- NOMBRE(S) DE LA LOCALIDAD * _____
3.- TIPO DE LOCALIDAD *
(Elija una opción) Semí urbana () Urbana () Ejido () Rural ()
4.- TIPO DE APOYO: Paquete Alimentario ()
5.- PERIODICIDAD DEL APOYO Mensual ()
6.- FECHA DE SOLICITUD _____ 7.- FECHA DE INGRESO _____
8.- NOMBRE(S) DEL BENEFICIARIO * _____
9.- APELLIDO PATERNO * _____ 10.- APELLIDO MATERNO _____
11.- SEXO * FEM. () MASC. ()
12.- DISCAPACIDAD SI () NO ()
13.- FECHA DE NACIMIENTO * Día () Mes () Año ()
14.- CURP _____ 15.- LUGAR DE NACIMIENTO _____
16.- NUM. DE CARTILLA DE VACUNACIÓN _____

DIRECCIÓN (Domicilio particular)

17.- CALLE Y NUMERO _____

DATOS DEL TUTOR

18.- PARENTESCO * Padre () Madre () Padrastro () Madrastra () Pariente ()
 Conyuge () Pareja eventual ()
19.- NOMBRE(S) * _____ FECHA DE NACIMIENTO DEL TUTOR * _____
20.- APELLIDO PATERNO * _____ 23.- APELLIDO MATERNO _____
21.- SEXO Fem. () Masc. () 22.- CURP: _____
23.- EDO. CIVIL * Especificar Casado(a) () Divorciado(a) () Soltero(a) () Unión libre ()
 Viudo(a) ()
24.- FAMILIA INDIGENA SI () No ()
25.- LUGAR DONDE RECIBE EL APOYO _____

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL (para ser llenado por el Sistema DIF Municipal)

26.- FECHA DE MEDICION * _____
27.- PESO * _____
28.- TALLA * _____

NOTA IMPORTANTE:

LOS DATOS SOLICITADOS Y SEÑALADOS CON
ASTERISCO * SON INDISPENSABLES

Nombre y Firma del Responsable del llenado del formato