



ESTUDIO SOCIECONOMICO

ASIGNATURA: Estrategias del trabajo social y gestión comunitaria.

PROFESOR: Magner Joel Herrera Ordonez.

ALUMNAS: Wendy Patricia Vela Calderon.
Auri Perez Moralez.

LICENCIATURA: Trabajo Social Y Gestión Comunitaria.

PARCIAL: 6 Cuatrimestre.

DIAGNOSTICO



NOMBRE: Eloisa Morales Morales.

EDAD: 51

FECHA DE NACIMIENTO: 12/07/73.

LUGAR DE NACIMIENTO: Ejido Nueva Libertad.

OCUPACION: Costurera.

ENFERMEDAD: Artritis reumatoide.

SITUACION ECONOMICA: Por el momento la persona no cuenta con un ingreso económico, ya que debido a su enfermedad no puede trabajar, por el momento viven del apoyo económico de los adultos mayores que recibe la mama.

SITUACION DE SALUD: La persona sufre de artritis reumatoide, una enfermedad que le afecta los huesos y cuando recae tarda meses en cama e incluso no puede caminar, y con ayuda de otras personas la cargan para que pueda realizar sus necesidades básicas. Ella es una persona de escasos recursos y se le es difícil conseguir para sus medicamentos, ya que ella es el sustento de su hogar y la mama ya es una persona mayor.

Derivado de la situación presentada se pretende la gestión de medicamentos, al igual que una silla de ruedas, para que así le sea más fácil poder moverse ya que su enfermedad le impide poder caminar, y no cuenta con los recursos suficientes para poder tener sus medicamentos necesario y menos para poder comprar una silla de ruedas.

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

1. COMPROBANTE OFICIAL MARCAR Y ANEXAR COPIA

CREDENCIAL DE ELECTOR	ACTA DE NACIMIENTO	COMPROBANTE DE ESTUDIOS	COPIA DE CURP	RECIBO DELUZ	RECIBO DE AGUA
-----------------------	--------------------	-------------------------	---------------	--------------	----------------

2. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRE(S) Eloisa	APELLIDO PATERNO Morales	APELLIDO MATERNO Morales	
LUGAR DE NACIMIENTO Ejido Nueva libertad	FECHA DE NACIMIENTO 12/07/73	EDAD 51	ESCOLARIDAD <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input checked="" type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> UNIVERSIDAD <input type="checkbox"/> BACHILLERATO <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/> NINGUNA <input type="checkbox"/> OTROS
CURP MOME710818MCSRRLIS			

DOMICILIO		No. EXTERIOR:	
CALLE: Sin calle		No. INTERIOR:	
COLONIA: Ejido Nueva libertad	C.P. 30114		
LOCALIDAD O COMUNIDAD: Nueva libertad	DELEGACIÓN:	ENTRE CALLE	Y CALLE

TELÉFONO:	¿ES CABEZA DE FAMILIA? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
-----------	----------------------------------------------------------------------------------------------

ESTADOCIVIL <input checked="" type="checkbox"/> SOLTERO (A) <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> CASADO (A) <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO (A) <input type="checkbox"/> NO SABE <input type="checkbox"/> DIVORCIADO (A)	¿SUFRE DE DISCAPACIDAD? <input type="checkbox"/> VISUAL <input checked="" type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> LENGUAJE <input type="checkbox"/> INTELECTUAL <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> AMBAS <input type="checkbox"/> MOTRIZ <input type="checkbox"/> NINGUNA
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SU VIVIENDA ES: <input checked="" type="checkbox"/> Propia, pagada y escriturada <input type="checkbox"/> Propia, pagada, sin escriturar <input type="checkbox"/> Propia y la están pagando <input type="checkbox"/> Propia Irregular <input type="checkbox"/> Rentada o alquilada <input type="checkbox"/> Prestada <input type="checkbox"/> Vive con un familiar	¿CUENTA CON LOS SIGUIENTES SERVICIOS DE EQUIPAMIENTO? <input checked="" type="checkbox"/> Energía Eléctrica <input type="checkbox"/> Teléfono fijo <input checked="" type="checkbox"/> Drenaje <input type="checkbox"/> Teléfono celular <input checked="" type="checkbox"/> Agua Potable <input type="checkbox"/> Horno de micro <input checked="" type="checkbox"/> Instalación de gas <input type="checkbox"/> Radio/Stéreo <input checked="" type="checkbox"/> Lavadora de ropa <input type="checkbox"/> DVD <input checked="" type="checkbox"/> Refrigerador <input type="checkbox"/> Computadora <input checked="" type="checkbox"/> T.V. <input type="checkbox"/> VIDEOJUEGOS <input type="checkbox"/> INTERNET
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA <input checked="" type="checkbox"/> 1 Planta <input checked="" type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> 2 Plantas <input type="checkbox"/> Departamento <input checked="" type="checkbox"/> Sala <input type="checkbox"/> Condominio <input checked="" type="checkbox"/> Comedor <input type="checkbox"/> Otros. <input checked="" type="checkbox"/> Cocina <input checked="" type="checkbox"/> No de recámaras <input type="checkbox"/> No de baños <input checked="" type="checkbox"/> Patio <input type="checkbox"/> Cochera Otro: _____	EL PISO ES <input type="checkbox"/> Tierra <input checked="" type="checkbox"/> Cemento <input type="checkbox"/> Vitropiso Otro: _____	EL TECHO ES <input type="checkbox"/> Ladrillo <input type="checkbox"/> Concreto <input checked="" type="checkbox"/> Lámina <input type="checkbox"/> Cartón Otro: _____
AUTOMÓVIL <input type="checkbox"/> PROPIO <input type="checkbox"/> PRESTADO <input checked="" type="checkbox"/> NO TIENE		

TIPO DE COMBUSTIBLE <input checked="" type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Petróleo <input checked="" type="checkbox"/> Leña <input type="checkbox"/> Carbón Otro: _____	OCUPACIÓN <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Ganadero <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Jornalero <input type="checkbox"/> Obrero <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/> Profesionalista <input checked="" type="checkbox"/> Otro costurera
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Condiciones de la vivienda.
 Muy buenas. Buenas. Regulares Malas.

3. INTEGRANTES DEL HOGAR E INGRESOS ECONÓMICOS

NOMBRE COMPLETO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	ESCOLARIDAD	SERVICIO MÉDICO	OCUPACIÓN	INGRESO MENSUAL
Hilda Morales Morales	75	21/02/49	madre	Primaria		Ama de casa	
Eloisa Morales Morales	51	12/07/73	hija	secundaria		Ama de casa	0

4. GASTO MENSUAL

ALIMENTACIÓN 1500	EDUCACIÓN X	RENTA X	LUZ 500	AGUA X
TRANSPORTE 200	COMBUSTIBLE X	OTRO (Especifique) X		
GAS 470	SERVICIOS TV	DIVERSIONES		
PLAN CELULAR X	AHORROS O TANDAS X	ROPA Y CALZADO 200		

TOTAL, INGRESO MENSUAL	
TOTAL, GASTO MENSUAL	\$ 2,870

5. SERVICIOS QUE HAY EN LA COMUNIDAD DONDE VIVE

<input checked="" type="checkbox"/> ESCUELA	<input checked="" type="checkbox"/> CENTRO DE SALUD	<input checked="" type="checkbox"/> PAVIMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> ALUMBRADO PÚBLICO	<input type="checkbox"/> TELÉFONO PÚBLICO	<input checked="" type="checkbox"/> TRANSPORTE PÚBLICO
---------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-----------------------------------------------	-------------------------------------------------------	-------------------------------------------	--------------------------------------------------------

6. SALUD

CUENTAN CON SERVICIOS DE:

IMSS ISSSTE SEGURO POPULAR PARTICULAR OTROS: _____

QUE ENFERMEDADES EXISTEN EN LA FAMILIA:

- | | | | | |
|----------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|
| A. <input type="checkbox"/> Cáncer | B. <input type="checkbox"/> Hipertensión | C. <input type="checkbox"/> Cardíacos | D. <input type="checkbox"/> Alergias | E. <input type="checkbox"/> Diabetes |
| F. <input type="checkbox"/> Quemaduras | G. <input type="checkbox"/> Presión baja | H. <input type="checkbox"/> Estrabismo | I. <input type="checkbox"/> Paladar hendido | J. <input type="checkbox"/> Alzheimer |
| K. <input type="checkbox"/> Epilepsia | L. <input type="checkbox"/> Discapacidad | M. <input type="checkbox"/> Renales | N. <input type="checkbox"/> Cardiopatías | |

OTRO (ESPECIFIQUE): Artritis reumatoide

NOMBRE COMPLETO	ENFERMEDAD	PARENTESCO
Eloisa Morales Morales	Artritis reumatoide	

7. HA RECIBIDO ALGÚN APOYO DE GOBIERNO MUNICIPAL (IMJUV, SDIF, DESOM, SIMPATT, IMCAD, IMMUIER, IMAC, IMDET, CUALQUIER OTRA PARAMUNICIPAL A SI COMO SECRETARIA DE BIENESTAR.

SI NO

Observaciones de la enfermedad

La persona tiene artritis reumatoide, y pues esa enfermedad es por tiempo cuando le afecta, y hasta queda en cama por meses ya que esa enfermedad le afecta los huesos y la persona afectada es el sustento de su hogar y no cuenta con muchos recursos para comprar sus medicinas, y así

8. - ALIMENTACIÓN

ALIMENTO	FRECUENCIA CON LO QUE LO CONSUME				
	Diario	Cada tercer día	Una vez a la semana	Una vez al mes	Ocasionalmente
Pollo			✓		
Res				✓	
Cerdo					✓
Pescado					✓
Leche					✓
Cereales					✓
Huevo	✓				
Frutas	✓				✓
Verduras	✓				
Leguminosas (frijol, Haba, lenteja, alubias)	✓				
Otros					

Observaciones generales

En este estudio nos dimos cuenta, de la necesidad que tiene estas personas ya que no cuentan con ningún otro recurso y de lo importante que es, que obtenga sus medicamentos y su silla de ruedas ya que serían de gran beneficio para la persona afectada.

Entrevistador

PROCESO DE GESTIÓN:

Silla de ruedas y medicamentos, para obtenerlo se lleva a cabo un proceso de solicitud, en donde debe llenar una serie de documentos, con los datos del solicitante, especificando las necesidades de la persona, se puede solicitar en un centro de salud o DIF.

OBJETIVO GENERAL:

Satisfacer las necesidades básicas que requiere una persona de escasos recursos, tratando de beneficiar su calidad de vida o su entorno en general.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

Lograr que se obtenga la silla de ruedas, tanto como los medicamentos, para mejorar el estado de salud de la persona.

DESCRIPCIÓN:

Aquí se llevaron a cabo una serie de requisitos con el objetivo de lograr un resultado positivo.