

Unidad **HOSPITAL GENERAL ACTOPAN**

Hora _____

Fecha _____

Servicio _____

Cama _____

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombre _____ Fecha de nac. _____ Sexo _____ Edo. Civil _____

Escolaridad _____ Ocupación _____ Religión _____

Originario _____ Derechohabiente: _____ Edad _____ Tel. _____

Domicilio _____

Nombre del familiar o responsable _____ Parentesco _____

Domicilio responsable _____

Diagnóstico:**EGRESOS FAMILIARES (PROMEDIO MENSUAL)**

ALIMENTACION

AGUA

LUZ

COMBUSTIBLE

CONSUMO ADICIONALES

TOTAL DE INTEGRANTES**INGRESO FAMILIAR PROMEDIO MENSUAL****OCUPACIONES DEL PROVEEDOR**

PACIENTE _____ FORMA PARTE DE UNA FAMILIA _____, HABITA EN UNA VIVIENDA _____
DONDE CUENTA CON SERVICIOS BASICOS COMO AGUA Y LUZ, LOS INGRESOS ECONOMICOS SON APORTADOS
POR EL _____, LOS CUALES SON _____ PARA CUBRIR LAS NECESIDADES BASICAS DE
LA FAMILIA, LO QUE INDICA UNA SITUACION ECONOMICA _____, INFORMACION PROPORCIONADA POR
_____ DEL PACIENTE.

FIRMO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD Y ACEPTO QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN EL ESTUDIO SOCIECONÓMICO FUERON
APORTADOS BAJO MI RESPONSABILIDAD Y PUEDEN SER VERIFICADOS SI SE CONSIDERA NECESARIO

Nombre y Firma del Familiar_____
**Nombre y Cedula de la
Trabajadora Social**