



**DIRECCIÓN DE FORTALECIMIENTO COMUNITARIO. COORDINACIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO**  
**Red Móvil - Salud y Bienestar Comunitario 2020**  
**CÉDULA DE EXPLORACIÓN COMUNITARIA (CEC) - ANEXO 6**

Insertar logo  
Municipio

<b>MUNICIPIO</b>	<b>LOCALIDAD</b>	<b>CLAVE</b>	<b>ÁMBITO</b>	<b>GRADO DE MARGINACIÓN</b>	<b>NUMERO DE HABITANTES</b>
<b>UBICACIÓN DE LA LOCALIDAD RESPECTO A CABECERA MUNICIPAL</b>		<b>ENLACE A MAPS</b>	<b>No. FAMILIAS</b>	<b>GEORREFERENCIA</b>	
				<b>LATITUD</b>	<b>LONGITUD</b>
<b>REFERENCIAS DE UBICACIÓN DE LA LOCALIDAD</b>					

**NÚMERO DE HABITANTES POR GRUPO DE EDAD. Indicar el número de personas con las siguientes características:**

MUJERES				TOTAL MUJERES	HOMBRES				TOTAL HOMBRES
0 - 14 años	15 - 29 años	30 - 59 años	60 y más años		0 - 14 años	15 - 29 años	30 - 59 años	60 y más años	
0	0	0	0		0	0	0	0	

**CONDICIONES FÍSICAS Y PROBLEMAS DE SALUD EN LA POBLACIÓN.**

Indicar el número de personas con las siguientes características:

CONDICIONES FÍSICAS	PROBLEMAS DE SALUD
0 MUJERES EMBARAZADAS <input style="width:50px;" type="text"/> 0 MUJERES EN PERIODO DE LACTANCIA <input style="width:50px;" type="text"/> 0 PERSONAS ADULTAS MAYORES <input style="width:50px;" type="text"/> NO PERSONAS CON DISCAPACIDAD <input style="width:50px;" type="text"/> ESPECIFICAR TIPO DE DISCAPACIDAD: 0 VISUAL <input style="width:50px;" type="text"/> 0 FÍSICA / MOTORA <input style="width:50px;" type="text"/> 0 AUDITIVA <input style="width:50px;" type="text"/> 0 DEL HABLA <input style="width:50px;" type="text"/> 0 MENTAL / INTELECTUAL <input style="width:50px;" type="text"/>	NO DIABETES MELLITUS <input style="width:50px;" type="text"/> NO ENFERMEDADES CARDIACAS <input style="width:50px;" type="text"/> NO SOBREPESO Y OBESIDAD <input style="width:50px;" type="text"/> NO DESNUTRICIÓN <input style="width:50px;" type="text"/> NO LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO <input style="width:50px;" type="text"/> NO CÁNCER <input style="width:50px;" type="text"/> NO PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS <input style="width:50px;" type="text"/> NO OTROS <input style="width:50px;" type="text"/>

**PROBLEMÁTICAS SOCIALES.**

Señalar las problemáticas que se presentan en la localidad e indicar con número las personas que padecen las siguientes situaciones:

FALSO DELINCUENCIA <input style="width:50px;" type="text"/> 0 MIGRACIÓN <input style="width:50px;" type="text"/> 0 DROGADICCIÓN <input style="width:50px;" type="text"/> 0 ALCOHOLISMO <input style="width:50px;" type="text"/>	NO NÚMERO DE MADRES SOLTERAS <input style="width:50px;" type="text"/> NO NÚMERO DE PERSONAS ADULTAS MAYORES EN DESAMPARO <input style="width:50px;" type="text"/> NO NÚMERO DE NIÑAS Y NIÑOS MAYORES DE 6 AÑOS QUE <b>ESTUDIAN Y TRABAJAN</b> <input style="width:50px;" type="text"/> NO NÚMERO DE NIÑAS Y NIÑOS MAYORES DE 6 AÑOS QUE <b>NO ESTUDIAN Y TRABAJAN</b> <input style="width:50px;" type="text"/>
--	---



LETRINA									
BAÑO SECO									
FOSA SÉPTICA									
SIN BAÑO									

Indicar con número el dato que se solicita:

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA	HACINAMIENTO	NÚMERO DE PERSONAS POR HABITACIÓN			SITUACIÓN DE LA PROPIEDAD	NÚMERO DE VIVIENDAS SIN ESCRITURAS, TÍTULO DE PROPIEDAD O CONSTANCIA EJIDAL			

Indicar el número de viviendas que cuentan con:

SERVICIOS BÁSICOS EN LA VIVIENDA	LUZ ELÉCTRICA	SERVICIO PÚBLICO	<input type="text"/>	COMBUSTIBLE PARA COCINAR	GAS NATURAL	<input type="text"/>
		PLANTA DE LUZ	<input type="text"/>		GAS DE TANQUE	<input type="text"/>
		PANEL SOLAR	<input type="text"/>		ELECTRICIDAD	<input type="text"/>
		NO CUENTAN CON LUZ ELÉCTRICA	<input type="text"/>		LEÑA O CARBÓN CON CHIMENEA	<input type="text"/>
CALENTADOR SOLAR	CALENTADOR SOLAR	<input type="text"/>	LEÑA O CARBÓN SIN CHIMENEA	<input type="text"/>		
	AGUA POTABLE	SERVICIO DENTRO DE LA VIVIENDA	<input type="text"/>	DRENAJE	RED PÚBLICA	<input type="text"/>
SERVICIO FUERA DE LA VIVIENDA PERO DENTRO DEL TERRENO		<input type="text"/>	FOSA SÉPTICA		<input type="text"/>	
EL AGUA SE OBTIENE DE UN POZO, RÍO, LAGO, ARROYO, PIPA, POR ACARREO DE OTRA VIVIENDA, DE LA LLAVE PÚBLICA O DEL HIDRANTE		<input type="text"/>	NO CUENTA CON SERVICIO DE DRENAJE O EL DESAGÜE TIENE CONEXIÓN A UNA TUBERÍA QUE VA A DAR A UN RÍO, LAGO, BARRANCA O GRIETA.		<input type="text"/>	

Indicar el número de mejoramientos necesarios en las viviendas.

MEJORAMIENTOS DE VIVIENDA	NECESIDADES EN CUARTOS EXISTENTE			NECESIDADES EN COCINAS EXISTENTE			NECESIDADES EN BAÑOS EXISTENTE		
	PISO	ENJARRE	TECHO	PISO	ENJARRE	TECHO	PISO	ENJARRE	TECHO
	0								

## ALIMENTACIÓN

Señale la frecuencia en que consume los siguientes alimentos:

PRODUCTO	FRECUENCIA DE CONSUMO				LUGAR DE ABASTECIMIENTO
	DIARIO	SEMANAL	QUINCENAL	MENSUAL	
HUEVO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	<input type="text"/>
LECHE	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	<input type="text"/>

CARNE	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	
POLLO	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	
CEREAL	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	
PASTAS	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	
TORTILLAS	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	
FRIJOLES	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	
SOYA	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	
LENTEJAS	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	
FRUTAS	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	
VERDURAS	FALSO	FALSO	FALSO	FALSO	

SEÑALAR EN PROMEDIO, LA FRECUENCIA EN QUE SE CONSUMEN ALIMENTOS DURANTE EL DÍA POR PARTE DE LA POBLACIÓN	DESAYUNO	ALMUERZO	COMIDA	CENA

HÁBITOS ALIMENTARIOS	¿SE RECIBE ORIENTACIÓN ALIMENTARIA?	INSTITUCIÓN QUE LA PROPORCIONA	¿CÓMO SE CONSIDERAN SUS HÁBITOS ALIMENTARIOS?		
			BUENOS	REGULARES	MALOS
			FALSO	FALSO	FALSO

PROGRAMAS ALIMENTARIOS	NUMERO DE PERSONAS BENEFICIARIAS	NOMBRE DEL PROGRAMA	INSTITUCIÓN

PRODUCTOS ALIMENTICIOS DISPONIBLES EN LA REGIÓN	PRODUCTO	USO QUE SE LE DA	PRODUCTO	USO QUE SE LE DA

**ECONOMÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Mencionar las actividades económicas de la localidad, en el caso del giro de comercio así como de servicios, especificar de qué tipo (estéticas, cocina económica, etc.)

NÚMERO DE FAMILIAS DEDICADAS A LA ACTIVIDAD	TIPO DE ACTIVIDAD PRODUCTIVA	DESCRIPCIÓN / DETALLE DE ACTIVIDAD
---	------------------------------	------------------------------------


**FIRMAS**

\_\_\_\_\_

**Nombre y Firma del Director(a) del SMDIF**



**Sello del SMDIF**

\_\_\_\_\_

**Nombre y Firma de Delegado (a) de la Comunidad**



**Sello de la Comunidad**

\_\_\_\_\_

**Nombre y Firma de Promotor (a) del SMDIF**

\_\_\_\_\_

**Nombre y Firma de Supervisor (a) del SDIFEG**

\_\_\_\_\_

**Nombre y Firma de Responsable de Región del SDIFEG**