

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE GUANAJUATO
DIRECCIÓN DE FORTALECIMIENTO COMUNITARIO
COORDINACIÓN DE ORIENTACIÓN Y ASISTENCIA ALIMENTARIA
PROGRAMA ASISTENCIA ALIMENTARIA GTO
ANEXO VI. ENCUESTA DE MEDICIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA

MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____ FECHA DE APLICACIÓN: _____ C.C.T.: _____ ID: _____
 APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRE(S): _____ CURP: _____
 CALLE: _____ NÚMERO: _____ COLONIA: _____ FECHA NACIMIENTO: _____ ESTADO NACIMIENTO: _____
 REFERENCIA DEL DOMICILIO: _____ TELÉFONO CASA: _____ TELÉFONO MÓVIL: _____ ESTADO CIVIL: _____
 NÚMERO DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA: _____

INSTRUCCIONES: SELECCIONE CON UNA X LA RESPUESTA PROPORCIONADA POR EL ENTREVISTADO:

DESAYUNOS MODALIDAD FRÍA DESAYUNOS MODALIDAD CALIENTE ASISTENCIA ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA ASISTENCIA ALIMENTARIA EN LOS PRIMEROS MIL DÍAS DE VIDA

VULNERABILIDAD: MUJER EMBARAZADA MUJER EN PERIODO DE LACTANCIA DESNUTRICIÓN SOBREPESO OBESIDAD DIABETES
 ADULTO MAYOR POBLACIÓN INDÍGENA HIPERTENSIÓN CÁNCER OTRO: _____

DISCAPACIDAD: SÍ NO **TIPO DE DISCAPACIDAD:** VISUAL AUDITIVA MOTORA
 DEL HABLA MENTAL OTRA: _____

PREGUNTA	DEJE SIN CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, SI EN EL HOGAR NO HAY MENORES DE 18 AÑOS			
	SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE
1.- En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted se preocupó porque los alimentos se acabaran en su hogar?				
2.- En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez en su hogar se quedaron sin alimentos?				
3.- En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez en su hogar dejaron de tener una alimentación correcta?				
4.- En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?				
5.- En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?				
6.- En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que debía comer?				
7.- En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar sintió hambre pero no comió?				
8.- En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar solo comió una vez al día o dejó de comer durante todo un día?				
9.- En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar dejó de tener una alimentación correcta?				
10.- En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?				
11.- En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?				
12.- En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía?				
13.- En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comidas algún menor de 18 años en su hogar?				
14.- En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar sintió hambre pero no comió?				
15.- En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar solo comió una vez al día o dejó de comer durante todo un día?				

* CON BASE A LA ESCALA LATINOAMERICANA Y CARIBEÑA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA ELCSA.

DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE LA INFORMACIÓN OTORGADA EN ESTA ENCUESTA DE MEDICIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA ES VERDADICA PARA QUE PUEDA SER UTILIZADA EN EL TRÁMITE CORRESPONDIENTE; ASUMIENDO LA RESPONSABILIDAD DE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL DECLARANTE; ASÍ COMO A LAS SANCIONES PENALES QUE SON APLICABLES A LAS PERSONAS QUE SE CONDUCCEN CON FALSIEDAD.

NOMBRE Y FIRMA O HUELLA DE LA PERSONA DECLARANTE: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL ENCUESTADOR: _____

INSTITUCIÓN QUE LEVANTA LA ENCUESTA: _____

OBSERVACIONES: _____

"El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Guanajuato, es responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcionen las posibles personas beneficiarias; que son recabados con la finalidad de determinar la medición de seguridad alimentaria para la gestión de algún tipo de apoyo del Programa Asistencia Alimentaria GTO, en materia de protección de datos personales, y que son tratados y protegidos de conformidad con los artículos 15, 32, 44, 46 y 60 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato. Consulta nuestro aviso de privacidad en la página <https://dif.guanajuato.gob.mx>".

Nota: La aplicación de esta encuesta de medición, así como la entrega de copia de documentos oficiales, no garantiza la inclusión al Padrón de personas beneficiarias del Programa Asistencia Alimentaria GTO.

«Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social»