

DRENAJE	RED PÚBLICA	FOSA SÉPTICA	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.	
LUZ ELÉCTRICA	SERVICIO PÚBLICO	PLANTA DE LUZ	PANEL SOLAR	NO CUENTA CON LUZ ELÉCTRICA
COMBUSTIBLE PARA COCINAR	GAS NATURAL	GAS DE TANQUE	ELECTRICIDAD	LEÑA O CARBÓN CON CHIMENEA
OTROS SERVICIOS:	CALENTADOR SOLAR	Tiene	No tiene	
	FOGÓN	Tiene	No tiene	
	TELEVISOR A COLOR	Tiene	No tiene	
	COMPUTADORA	Tiene	No tiene	
	INTERNET	Tiene	No tiene	
	TELÉFONO FIJO (EN DOMICILIO)	Tiene	No tiene	
	TELÉFONO CELULAR	Tiene	No tiene	
	AUTOMÓVILES (USO PERSONAL)	Tiene	No tiene	
	NÚMERO DE FOCOS EN LA VIVIENDA			

ESCALA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA

Escala de seguridad alimentaria (jefe de familia). Marque la opción según corresponda:

	Sí	No	No responde	No sabe
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez en su hogar se quedaron sin alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez en su hogar dejaron de tener una alimentación correcta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deje sin contestar las siguientes preguntas de la 9 a la 15, si en el hogar no hay menores de 18 años				
10. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSUMO DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS:

MARCAR LA FRECUENCIA DE CONSUMO, ASÍ COMO LA FORMA EN QUE LA FAMILIA SE ABASTECE DE LOS SIGUIENTES PRODUCTOS ALIMENTICIOS:

PRODUCTO	DIARIAMENTE	SEMANALMENTE	QUINCENALMENTE	MENSUALMENTE	PRODUCCIÓN PROPIA	EN CASO DE COMPRA, SEÑALE:	
Huevo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dentro de la localidad	Fuera de la localidad
Leche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dentro de la localidad	Fuera de la localidad

Carne		Dentro de la localidad	Fuera de la localidad
Pollo		Dentro de la localidad	Fuera de la localidad
Cereal		Dentro de la localidad	Fuera de la localidad
Pastas		Dentro de la localidad	Fuera de la localidad
Tortillas		Dentro de la localidad	Fuera de la localidad
Frijoles		Dentro de la localidad	Fuera de la localidad
Soya		Dentro de la localidad	Fuera de la localidad
Lentejas		Dentro de la localidad	Fuera de la localidad
Frutas		Dentro de la localidad	Fuera de la localidad
Verduras		Dentro de la localidad	Fuera de la localidad

ALIMENTACIÓN Y AUTOCUIDADO DE LA SALUD

En su familia se acostumbra siete o más veces a la semana a:

Sí

No

No sabe

No responde

1 Consumir bebidas azucaradas

2 Consumir alimentos con alto contenido calórico o en carbohidratos

Dedica usted, tiempo de su día a realizar alguna de las siguientes actividades:

Sí

No

No sabe

No responde

1 Cuidado personal (entre otros: aseo e higiene personal)

2 Activación física (entre otros: actividad regular / practicar un deporte)

3 Descanso

4 Cuidado del entorno (entre otros: cuidado ambiental, mantener actividades sociales, atención familiar)

5 Actividad social (entre otros: mantener relaciones interpersonales -vecinales-)

¿Aproximadamente cuánto gasta en alimentos a la semana?

\$.00

Señale, ¿cómo considera los hábitos alimentarios de su familia?

BUENOS

REGULARES

MALOS

CRIANZA POSITIVA

Marque la opción correspondiente. En los últimos 6 meses:

Casi nunca

A veces

Casi siempre

Siempre

1. Reservo un momento exclusivo del día para compartir con mi (s) hijo (as) (ej., jugar con mi niño/a a la hora del baño, divertimos juntos en alguna actividad propia de su edad).

2. Mantengo comunicación o conversaciones con mi (s) hijo (as)

3. Muestro a mi (s) hijo (as) interés por sus cosas (ej., le pregunto cómo le fue en la escuela, cómo se siente, qué le preocupa)

4. Le demuestro explícitamente mi cariño a mi (s) hijo (as) (ej., le digo "hijo, te quiero mucho" o le doy besos y abrazos)

5. Cuando mi (s) hijo (as) está irritable o estresado (a), puedo identificar las causas (ej.: me doy cuenta si está mal genio porque está cansado o tiene hambre o está enfermo)

6. Cuando mi (s) hijo (as) pide mi atención, respondo pronto, en poco tiempo

7. Le digo a mi (s) hijo (as) las cosas que no se deben hacer (ej., pegarle a los demás, rasguñarse la cara, meter los dedos al enchufe, etc.)

8. Mantengo límites y reglas en casa

9. Me disculpo con mi (s) hijo (as) cuando me equivoco (ej., si le he gritado o me he demorado mucho en responderle)

10. Me relaciono con las familias de los amigos, primos, compañeros o vecinos actuales de mi (s) hijo (as)

11. Antes de relacionarme con mi (s) hijo (as), me limpio de rabias, penas o frustraciones (ej., respiro hondo antes de entrar a casa)

12. He logrado mantener un clima familiar bueno para el desarrollo de mi (s) hijo (as) (ej., las discusiones no son frente al niño/a; hay tiempo como familia para disfrutar y reírnos)

PROYECTOS SUSTENTABLES

Responder las siguientes preguntas:

Si

No

No responde

- 1 ¿Conoce o realiza la crianza de aves de traspatio (pollos)?
- 2 En el área de traspatio de su vivienda, ¿cuenta con huerto familiar o produce alguno de sus alimentos?
- 3 ¿Conoce el manejo de las plantas aromáticas y sus beneficios?
- 4 En su hogar, ¿realiza la separación de residuos? (cocina)
- 5 ¿Le da algún uso a los residuos que separa en su hogar?

Nombre, firma o huella de la persona entrevistada:

Observaciones y/o comentarios:

Nombre y firma de la persona promotora municipal / persona supervisora estatal

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