Aseguramiento de la Calidad Alimentaria
Departamento de Estrategias Alimentarias
Encuesta de Focalización de Individuos con Inseguridad Alimentaria (EFIIA) 2023

Programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria

Instrucciones:
Favor de contestar según la
Guía de llenado *anexa al final.*

Este cuadro sera llenado por SMDIF después de capturarla

☐ 1.- Seguro 2.- Inseguridad Leve 3.- Inseguridad Moderada 4.- Inseguridad Severa

Elaborado por _____ **Fecha** _____
Nombre y Cargo

1.- Ficha de Identificación

Entidad Federativa _____ Municipio _____ Localidad _____

2.- Datos de Identificación del Beneficiario

Nombre del Beneficiario _____ Sexo Masculino Femenino
Nombres Apellido Paterno Apellido Materno

Fecha de Nacimiento _____ _____ _____ CURP _____
Día Mes Año

Estado Civil del Beneficiario
☐ 1. Soltero ☐ 4. Viuda
☐ 2. Casado ☐ 5. Unión Libre
☐ 3. Divorciado ☐ 6. No Aplica

Telefono _____ Ingreso Mensual_____

Indígena Si No

Ocupación _____

Recibe algun otro apoyo alimentario Si No Institución de Servicio de Salud _____

Tipo de Población Objetivo
☐ 1. Adulto Mayor (se considera a partir de los 60 años)
☐ 2. Persona con discapacidad ☐ Auditiva ☐ Visual ☐ Motriz ☐ Intelectual
☐ 3. Niñas y Niños de 2 a 5 años 11 meses No Escolarizados Medición del Niño (a) no escolarizado ☐ Peso actual Kg. ☐ Talla Cm
☐ 4. Carencia Alimentaria y/o Desnutrición Segunda Medición de Peso y Talla ☐ Peso actual Kg. ☐ Talla Cm

Nombre del Responsable _____

Parentesco del Responsable con el Beneficiario _____

Aseguramiento de la Calidad Alimentaria
Departamento de Estrategias Alimentarias
Encuesta de Focalización de Individuos con Inseguridad Alimentaria (EFIIA) 2023

Programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria

3.- Dirección de la Vivienda

Tipo de vialidad _____ Vialidad _____ No. Exterior _____ No. Interior _____

Calles con las que cruza_____ C.P._____ Tipo de carretera_____

Asentamiento _____ Nombre del asentamiento _____ Derecho de Tránsito _____

Tipo de Camino _____ Descripción de ubicación _____

4.- Composición Familiar

Nombre Completo Nombre (s)/ Apellido Paterno/ Apellido Materno	Fecha de Nacimiento	Sexo	Escolaridad	Ocupación	Ingreso Mensual

5.- Calidad y Espacios de la Vivienda

1. ¿El material de la casa de la vivienda es de tierra?

Si ☐ No ☐

2. ¿El material del techo de la vivienda es lámina, cartón o desechos?

Si ☐ No ☐

3. ¿El material de los muros es de embarro, carrizo, bambú, lámina, (cartón, metálica, asbesto) o material de desecho?

Si ☐ No ☐

4. Número de habitaciones de la vivienda sin contar baño ni cocina

☐

5. ¿Es propietario de la casa en donde vive?

Si ☐ No ☐

6. ¿En la zona en la que usted vive, hubo algún desastre natural grave durante los últimos 3 meses, en el que su hogar o familia resultó afectado?

Si ☐ No ☐

6.- Acceso a Servicios Básicos de la Vivienda

1. ¿Su hogar cuenta con agua entubada dentro de la vivienda?

Si ☐ No ☐

2. ¿Su hogar cuenta con drenaje o fosa séptica?

Si ☐ No ☐

3. ¿Su hogar dispone de energía eléctrica?

Si ☐ No ☐

4. ¿Utiliza el gas para cocinar o calentar los alimentos?

Si ☐ No ☐

5. ¿Su hogar cuenta con refrigerador en funcionamiento?

Si ☐ No ☐

Aseguramiento de la Calidad Alimentaria
Departamento de Estrategias Alimentarias
Encuesta de Focalización de Individuos con Inseguridad Alimentaria (EFIIA) 2023

Programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria

7.- Módulo Cualitativo de la Experiencia en Seguridad Alimentaria

En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, alguna vez

1. ¿Usted se preocupó de que los alimentos se acabaran en su hogar?

Si ☐ No ☐

2. ¿En su hogar se quedaron sin alimentos?

Si ☐ No ☐

3. ¿En su hogar dejaron de tener una alimentación saludable y balanceada?

Si ☐ No ☐

4. ¿Usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?

Si ☐ No ☐

5. ¿Usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?

Si ☐ No ☐

6. ¿Usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que debía comer?

Si ☐ No ☐

7. ¿Usted o algún adulto en su hogar sintió hambre pero no comió?

Si ☐ No ☐

8. ¿Usted o algún adulto en su hogar solo comió una vez al día o dejó de comer todo un día?

Si ☐ No ☐

¿En su hogar viven personas menores de 18 años?

Si ☐ Continuar

No ☐ Finalizar Cuestionario

9. ¿Algún menor de 18 en su hogar dejó de tener una alimentación saludable y balanceada?

Si ☐ No ☐

10. ¿Algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?

Si ☐ No ☐

11. ¿Algún menor de 18 años en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?

Si ☐ No ☐

12. ¿Algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía?

Si ☐ No ☐

13. ¿Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comidas a algún menor de 18 años en su hogar?

Si ☐ No ☐

14. ¿Algún menor de 18 años en su hogar sintió hambre peor no comió?

Si ☐ No ☐

15. ¿Algún menor de 18 años en su hogar sólo comió una vez al día o dejó de comer todo un día?

Si ☐ No ☐

Aseguramiento de la Calidad Alimentaria
Departamento de Estrategias Alimentarias
Encuesta de Focalización de Individuos con Inseguridad Alimentaria (EFIIA) 2023

Programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria

Consulta el Aviso de Privacidad del SMDIF	
	He leído el aviso y acepto
	No acepto

Nombre y Firma de la Beneficiario (a)

Nombre y Firma del Director (a) del SMDIF

Nombre y Firma del Encargado del Programa

Sello SMDIF

Aseguramiento de la Calidad Alimentaria
Departamento de Estrategias Alimentarias
Encuesta de Focalización de Individuos con Inseguridad Alimentaria (EFIIA) 2023

Programa de Asistencia Social Aliamentaria a Personas de Atención Prioritaria

Guía de llenado

Encuesta de Focalización de Individuos con Inseguridad Alimentaria (EFIIA)

Punto	Contenido	Descripción
Elaborado por	Nombre y Cargo	Anotar nombre y cargo de la persona que levantó la EFIIA.
1. Ficha de Identificación	Entidad Federativa, Municipio	La Entidad Federativa siempre será Jalisco. El Municipio y localidad será a donde corresponda
3. Dirección de la vivienda	Tipo de Vialidad	Especificar el tipo de calle donde vive: **calle, avenida, carretera, andador, boulevard, callejón, calzada, cerrada, circuito, circunvalación, continuación, corredor, diagonal, peatonal, periférico, privada, prolongación, retorno, viaducto, brecha, camino, terracería, vereda.**
	Vialidad	Anotar el nombre de la antes mencionada.
	Número Exterior	Anotar el número externo de la vivienda.
	Número Interior	Anotar el número interno (sólo si aplica).
	Calles con las que Cruza	Incluir nombre de las calles con las que cruza la vialidad donde vive.
	Código Postal	Anotar código postal y verificar mediante documento oficial.
	Asentamiento	Anotar si se trata de: **colonia, barrio, ciudad, ciudad industrial, condominio, conjunto habitacional, corredor industrial, coto, cuartel, ejido, granja, hacienda, pueblo, puerto, ranchería, rancho, región, residencial, villa, localidad etc.**
	Nombre del Asentamiento	Solicitar el nombre de la antes descrita.
	Tipo de Carretera	Anotar si es: **estatal, federal, municipal o particular.**
	Derecho de Tránsito	Anotar si es: **libre o cuota**.
	Tipo de Camino	Anotar si es: **brecha, terracería, camino o vereda.**
	Descripción de la Ubicación	Señalar las características de la casa, así como su entorno para facilitar ubicación. *Ejemplo: casa de 2 pisos, color rosa, puertas negras y un árbol afuera. A un lado de la Escuela Primaria Reforma, etc.*
4. Composición Familiar	Información Familiar	Solicitar información de los integrantes de la familia: **nombre completo, fecha de nacimiento, sexo, escolaridad, ocupación y el ingreso mensual.**
5. Calidad y Espacio de la Vivienda	Preguntas de las características materiales de la vivienda	Anotar en el cuadro de cada pregunta, según sea la respuesta: **Si o No.**
6.- Acceso a Servicios Básicos de la Vivienda	Preguntas de los servicios con que cuenta la vivienda	Anotar en el cuadro de cada pregunta, según sea la respuesta: **Si o No.**
7.- Módulo Cualitativo de la Experiencia en Seguridad Alimentaria	Preguntas que señalan "En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, alguna vez."	Anotar en el cuadro de cada pregunta, según sea la respuesta: **Si o No.**
	Preguntas que señalan "En su hogar viven personas menores de 18 años"	Anotar en el cuadro de cada pregunta, según sea la respuesta: **Si o No.** **Si la respuesta es "SI" favor de continuar. Si la repuesta es "No" finalizar encuesta**
Firmas	Nombre y firma, asi como el sello oficial del SMDIF	En cada Encuesta EFIIA, **el Director(a) y Encargado del Programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria (PAAP)** deben poner su nombre y firma, asi como el sello oficial del SMDIF.