

**DATOS GENERALES DE LA PERSONA CON SÍNDROME DE DOWN**

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
(Apellido paterno, apellido materno, nombre (s)) CURP: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
 LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ LUGAR DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_  
 OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_  
 RECOMENDADO POR: \_\_\_\_\_

**DATOS DE CONTACTO**

CALLE: \_\_\_\_\_ N° EXT: \_\_\_\_\_ N° INT: \_\_\_\_\_  
 COLONIA: \_\_\_\_\_  
 ALCALDÍA O MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
 CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO: ( \_\_\_\_\_ ) PAÍS: \_\_\_\_\_  
 CELULAR: ( \_\_\_\_\_ ) OTRO: ( \_\_\_\_\_ )  
 CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**ESTRUCTURA FAMILIAR**

NOMBRE	EDAD	ESTADO CIVIL	PARENTESC O CON EL AFILIADO	OCUPACIÓN	ESCOLARIDAD	VIVE CON EL PACIENTE (si/no)
			Mamá			
			Papá			

**VIVIENDA**

TENENCIA (propia, rentada, prestada, invadida): \_\_\_\_\_  
 TIPO (casa, departamento, vecindad, albergue, otro (¿cuál?)) \_\_\_\_\_  
 # DE PERSONAS EN CASA: \_\_\_\_\_ # DE HABITACIONES: \_\_\_\_\_  
 OTROS ESPACIOS (marque con una X si lo tiene):  
 ( ) BAÑOS ¿cuántos? \_\_\_\_\_ ( ) COCINA ( ) SALA  
 ( ) OTROS ¿cuáles? \_\_\_\_\_ ( ) COMEDOR ( ) JARDÍN  
 MATERIALES DE LA CASA (tabique, cemento, aluminio, asbesto, cartón, madera, etc): \_\_\_\_\_  
 SERVICIOS (marque con una X si los tiene):  
 ( ) ESTUFA ( ) TV ( ) GAS ( ) AGUA  
 ( ) LAVADORA ( ) SECADORA ( ) DRENAJE ( ) LUZ  
 ( ) TELÉFONO ( ) CELULAR ( ) DVD/BLUERAY ( ) COMPUTADORA  
 ( ) INTERNET ( ) TV DE PAGA

**TRANSPORTE**

MÉTODO DE TRANSPORTE PRINCIPAL (particular, metro, camión, metrobus, taxi/uber, otro): \_\_\_\_\_  
 # CARROS/CAMIONETAS: \_\_\_\_\_ MODELO: \_\_\_\_\_ ( ) pagado ( ) crédito ( ) prestado  
 ANOTAR CUANTAS VECES AL MES UTILIZA LOS SIGUIENTES:  
 \_\_\_\_\_ METRO \_\_\_\_\_ CAMIÓN \_\_\_\_\_ METROBUS \_\_\_\_\_ TAXI/UBER

**SALUD**

SERVICIOS MÉDICOS (marque con una X si lo tiene)	( ) IMSS	( ) ISSSTE
( ) SEGURO POPULAR	( ) PEMEX	( ) SEDENA
( ) SEGURO DE GASTOS MEDICOS	¿cuál? _____	
FRECUENCIA CON LA QUE ASISTE A CONSULTA (médica, terapéutica, terapia, etc):		
( ) 1 vez por semana	( ) 1 vez al semestre	
( ) 1 vez al mes	( ) 1 vez al año	
( ) Otro	¿cuánto? _____	
DIAGNÓSTICOS MÉDICOS (índique las enfermedades de la persona, si las tiene): _____		
APOYO DE OTRA FUNDACIÓN/INSTITUCIÓN ( ) Si ( ) No		
¿cuál? _____		

**FINANZAS FAMILIARES**

INGRESO TOTAL MENSUAL EN PESOS: \$ _____		
indicar quien aporta al ingreso familiar y qué porcentaje aporta:		
PADRE: _____ %	MADRE: _____ %	ABUELO(S) _____ %
HIJO/A(S): _____ %	¿quiénes? _____	
OTROS _____ %	¿quiénes? _____	
<b>EGRESOS MENSUALES</b>		
Renta \$ _____	Transporte \$ _____	<b>TOTAL:</b> \$ _____
Hipoteca \$ _____	Educación \$ _____	
Alimentación \$ _____	Gastos Médicos \$ _____	
Gasolina \$ _____	Recreación \$ _____	
Gas \$ _____	Abonos y créditos \$ _____	
Agua \$ _____	Ropa y Calzado \$ _____	
Luz \$ _____	Internet \$ _____	
Teléfono \$ _____	TV de paga \$ _____	
Celular \$ _____	Otros \$ _____	<b>BALANCE:</b> \$ _____

El que abajo suscribe, hago constar que los datos arriba mencionados son verídicos, y autorizo la revisión de los documentos solicitados para la validación de los mismos.

\_\_\_\_\_ LUGAR Y FECHA \_\_\_\_\_ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

**RESOLUCIÓN Y CLASIFICACIÓN**

(No llenar, uso exclusivo de Red Down México)

CATEGORÍA	PUNTAJE	CLASIFICACIÓN AMAI	CLASIFICACIÓN RDM
A	_____	A/B ( )	A ( )
B	_____ ATENUANTE _____	C+ ( )	B ( )
C	_____	C ( )	C ( )
D	_____ AGRAVANTE _____	C- ( )	D ( )
E	_____	D+ ( )	E ( )
F	_____	D+ ( )	
		E ( )	
<b>SUBTOTAL</b>	_____		
<b>TOTAL</b>	_____		

\*Basado en instrumento de la Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión (AMAI) 2018

