



## Datos Socio-Demográficos

Nombre del Participante (Ambos Apellidos e inicial completa):

\_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento (día/mes/año): \_\_\_\_\_

En caso de emergencia llamar a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico de contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

¿Quién tiene la custodia legal del joven? \_\_\_\_\_

¿Posee evidencia de la misma? \_\_\_\_\_

Plan Médico que posee el Participante: \_\_\_\_\_ Privado \_\_\_\_\_ Reforma \_\_\_\_\_ Aseguradora: \_\_\_\_\_

### Datos Sociodemográficos

Teléfono Residencial Encargado: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico Encargado: \_\_\_\_\_

*(este será el correo oficial donde estaremos enviando toda comunicación de la Academia)*

Dirección Residencial:

\_\_\_\_\_

Dirección Postal:

\_\_\_\_\_

### II. Composición Familiar

Nombre	Relación con Menor	Edad	Empleado	Desempleado	Pensionado	Otro



### III. Vivienda y comunidad

Marque con un (X) la alternativa que mejor le describa.

Zona		Lugar		Unidad		Tenencia
<input type="checkbox"/>	Urbana	<input type="checkbox"/>	Residencial	<input type="checkbox"/>	Apartamento	Propia
<input type="checkbox"/>	Rural	<input type="checkbox"/>	Urbanización	<input type="checkbox"/>	Casa Individual	Alquilada
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Condominio	<input type="checkbox"/>		Familiar/Amigo
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Barriada/Sector	<input type="checkbox"/>		Sección 8

### IV. Ingresos y Recursos

Marque con un (X) los beneficios que recibe.

Ingreso Mensual Aproximado:			
Beneficio	Si	No	Cantidad
PAN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TANF / ADSEF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Seguro Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pensión Retiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pensión Veterano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pensión ASUME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pensión PROSPERA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ingreso por Trabajo y/o Negocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### V. Información Adicional

Marque con un (X)

Familiar	Salud Mental	Uso de Sustancias	Uso de Alcohol	Confinado	Ex- Confinado
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermano/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tíos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Qué es lo más que le preocupa sobre el joven en este momento? \_\_\_\_\_

El Candidato es padre o madre biológico.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
--	-----------------------------	-----------------------------

\_\_\_\_\_  
 Nombre Padre/Encargado

\_\_\_\_\_  
 Firma Padre/Encargado

\_\_\_\_\_  
 Fecha