



## ENTREVISTA INICIAL

Fecha \_\_\_\_\_

Exp. \_\_\_\_\_

Inicio Programa \_\_\_\_\_



### DATOS GENERALES

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Tipo de Discapacidad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Colonia \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Nombre de la Mamá \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Nombre del Papá \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

### LA DISCAPACIDAD SE ADQUIERE EN:

De Nacimiento  Enfermedad  Accidente

¿Qué tipo de apoyo les brindo el Hospital? \_\_\_\_\_

¿Qué información tiene usted de esta discapacidad? \_\_\_\_\_

### PREGUNTAS GENERALES

¿Cuenta con servicio Médico? Si  No  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Cómo ha tomado la familia esta situación? \_\_\_\_\_



## ENTREVISTA INICIAL

### ATENCION MEDICA, PSICOLOGICA, Y REHABILITACION

Recibe atención Médica ó de Rehabilitación Si  No

¿Dónde? \_\_\_\_\_ Si no ha llevado ¿por qué motivo? \_\_\_\_\_

¿Cómo le ha ayudado la terapia \_\_\_\_\_

¿Toma algún medicamento? Si  No  ¿Qué Tipo? \_\_\_\_\_

¿Asiste o ha asistido a la escuela? Si  No  Nombre \_\_\_\_\_

¿Cuál cree que sea el apoyo que más necesita en estos momentos? Orientación  Beca  Atención Médica

Apoyos Técnicos  Servicios Especiales

### COMPROMISOS DEL BENEFICIARIO (USO EXCLUSIVO EN BECA):

- En caso de que el beneficiario interrumpa por algún motivo o no asista a su rehabilitación injustificadamente se da de baja en programa de beca.
- Acudir mensualmente a firmas de constancia de pago de beca a oficinas del CID
- El apoyo es de Enero a Diciembre y no se renueva automáticamente.

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Entrevistado

\_\_\_\_\_  
Entrevisto

Este formato se aplicara únicamente al solicitante de nuevo ingreso.