



**ANEXO XI**  
**CUESTIONARIO ÚNICO DE INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA Y NUTRICIA**

FOLIO: \_\_\_\_\_

DD/MM/AAAA: \_\_\_\_\_

**1.- DATOS GENERALES**

Nombre Completo	Apellido Paterno	Apellido Materno
Estado	Municipio	Nombre de la Localidad
Tipo de Asentamiento	Nombre del Asentamiento	Tipo de Vialidad
Calle	No. Exterior	No. Interior
Entre Calles	Descripción de la Ubicación	C.P.
	Tipo de Localidad	Teléfono (a diez dígitos)
	Rural ( ) Urbana ( )	

**1. INTEGRANTES DEL HOGAR**

**Instrucciones:** Iniciar en el número uno con la persona beneficiaria y luego del mayor al menor de acuerdo a su edad, que vivan actualmente en el hogar.

N°	NOMBRE(S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	ENTIDAD DE NACIMIENTO	CURP	ESTADO CIVIL	PARENTESCO
				H/M		D / M / A		En caso negativo, manifestar		
1						/ /				
2						/ /				
3						/ /				
4						/ /				
5						/ /				
6						/ /				
7						/ /				
8						/ /				
9						/ /				
10						/ /				

**2. ESCOLARIDAD/SEGURIDAD SOCIAL**

N°	NIVEL DE ESCOLARIDAD	GRADO	ASISTE A LA ESCUELA	OCUPACIÓN	SABE LEER O ESCRIBIR	TIPO DE EMPLEO	PRESTACIONES LABORALES									JUBILACIÓN O PENSIÓN	DERECHO-HABIENCIA	MOTIVO DERECHO-HABIENCIA
			SI/NO				Causa de abandono	A	B	C	D	E	F	G	H			
1							A	B	C	D	E	F	G	H	I			
2							A	B	C	D	E	F	G	H	I			
3							A	B	C	D	E	F	G	H	I			
4							A	B	C	D	E	F	G	H	I			
5							A	B	C	D	E	F	G	H	I			
6							A	B	C	D	E	F	G	H	I			
7							A	B	C	D	E	F	G	H	I			
8							A	B	C	D	E	F	G	H	I			
9							A	B	C	D	E	F	G	H	I			
10							A	B	C	D	E	F	G	H	I			



**3. SALUD PERTENENCIA A UN PUEBLO INDÍGENA**

N°	TIPO DE DISCAPACIDAD	ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD	CONDICIONES DE SALUD	ADICIONES	ÍNDICE DE MASA CORPORAL	SE CONSIDERA INDÍGENA SI (Pueblo indígena al que pertenece) /NO	HABLA ESPAÑOL SI/NO	LENGUA MATERNA	RECIBE ALGÚN PROGRAMA DE APOYO (CUAL)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

**4. VIVIENDA Y EQUIPAMIENTO**

TIPO DE CASA		MAYOR PARTE DE PISO	
1	Unifamiliar	6	U. Habitacional
2	Dúplex	7	Vecindad
3	Compartida	8	Anexo a casa
4	Otra	9	Vivienda móvil
5	Independiente	10	Refugio

  

TENENCIA		MAYOR PARTE DEL TECHO		MAYOR PARTE DE MUROS	
1	Propia	1	Concreto, losa o viguetas	1	Madera
2	Rentada	2	Lámina de cartón	2	Adobe
3	Pagándose	3	Paja o palma	3	Ladrillo, tabique
4	Prestada	4	Lámina de asbesto, metálica	4	Lámina Metálica, asbesto
5	Asentamiento Irregular	5	Madera, teja	5	Cartón, hule, tela, lona, etc.
6	Otro	6	Cartón, hule, tela, lona, etc.	6	Otros
		7	Otros		

  

CARACTERÍSTICAS			
Número de cuartos	<input type="checkbox"/>	Cocina separada	SI / NO
Cuartos para Dormir	<input type="checkbox"/>	Cuarto de baño exclusivo	SI / NO

EQUIPAMIENTO	TIENE		SIRVE	
	Sí	No	Sí	No
Refrigerador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estufa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Video, DVD, Blue Ray	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Licudadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comedor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Automóvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Celular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motocicleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. SERVICIOS DE VIVIENDA**

ELECTRICIDAD		SANITARIO		BAÑO O EXCUSADO		COMBUSTIBLE PARA COCINAR		AGUA	
1	Con contrato	1	Drenaje	1	Descarga directa	1	Gas	1	Toma domiciliaria
2	Sin contrato	2	Fosa Séptica	2	Agua con cubeta	2	Leña o carbón	2	Toma común o fuera de la vivienda
3	Sin servicio	3	Letrina	3	Letrina seca	3	Parrilla eléctrica	3	Pipa
4	Servicio público	4	Ras de suelo	4	Pozo u hoyo	4	Gas tanque	4	Pozo, río, lago
5	Planta particular	5	Red pública	5	No tiene	5	Electricidad	5	Sin servicio
6	Panel solar	6	Tubería que va a dar a una grieta o barranca			6	Gas natural	6	Llave pública
7	No tienen	7	Tubería que da a un río, lago o mar			7	Leña o carbón sin chimenea	7	Acarrea de otra vivienda
8	Otros	8	No tiene drenaje			8	Leña o carbón con chimenea	8	Otros
		9	Otros			9	Otro combustible		
						10	Otros		

**6. CONDICIONES ECONÓMICAS**

APORTACION MENSUAL	
CONCEPTO	IMPORTE
Padre	\$
Madre	\$
Hijos	\$
Otro integrante de la familia	\$
Pensión Adulto Mayores* (65+)	\$
Becas (Municipal, Estatal, Federal)	\$
Programa de Gobierno	\$
Otro tipo de ingreso	\$
<b>Total mensual</b>	<b>\$</b>

\*Programa federal

EGRESO MENSUAL	
CONCEPTO	IMPORTE
Vivienda	\$
Alimentación	\$
Luz	\$
Gas	\$
Agua	\$
Teléfono	\$
Transporte	\$
Atención médica	\$
Otros gastos	\$
Celular	\$
Educación	\$
<b>Total mensual</b>	<b>\$</b>

**APOYOS EN ESPECIE**

Tipo de apoyo:	
Quien lo proporciona:	
Frecuencia del apoyo:	

**REMESAS**

<b>SI/ NO</b>	
¿Alguien en el hogar recibe dinero proveniente de otros países?	
Frecuencia del apoyo:	

**IDENTIDAD**

<b>1</b>	CURP	<input type="checkbox"/>
<b>2</b>	Acta de nacimiento	<input type="checkbox"/>
<b>3</b>	Carta de identidad	<input type="checkbox"/>
<b>4</b>	Identificación oficial	<input type="checkbox"/>

**5. ALIMENTACIÓN**

N.	Todas las preguntas inician con esta oración: <i>EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS...</i>	SÍ	NO
----	---	----	----

1.	¿Alguna vez usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Alguna vez usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, comer o cenar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿Alguna vez usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que piensa debía comer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	¿Alguna vez se quedaron sin comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	¿Alguna vez usted o algún adulto en su hogar sintió hambre, pero no comió?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	¿Alguna vez usted o algún adulto en su hogar sólo comió una vez al día o dejó de comer durante un día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N.	CONTESTAR SI EN EL HOGAR HAY PERSONAS MENORES DE 18 AÑOS	SÍ	NO
----	--	----	----

7.	¿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"/>
8.	¿Alguna vez algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	¿Alguna vez en su hogar tuvieron que disminuir la cantidad servida en la comida a algún menor de 18 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	¿Alguna vez algún menor de 18 años en su hogar sintió hambre, pero no comió?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	¿Algún menor de 18 años se durmió con hambre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	¿Alguna vez algún menor de 18 años comió una vez al día o dejó de comer durante todo un día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	¿Alguna vez algún menor tuvieron que disminuirle la cantidad servida en las comidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N.	INFORMACIÓN DE DESARROLLO HUMANO	SÍ	NO
----	----------------------------------	----	----

1	¿Le interesa algún curso o taller de capacitación? ¿Qué tipo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	¿Sabe de la existencia de Centros de Desarrollo Comunitarios que imparten cursos en su municipio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	¿Sabe usted que existe una Red de Apoyo para mujeres víctimas de violencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**FRECUENCIA**

¿Cuántas comidas al día acostumbran a hacer los miembros de este hogar?	<input type="checkbox"/>
¿En los últimos 3 meses por falta de recursos se preocupó de que la comida se acabará?	<input type="checkbox"/>
¿Tiene conocimiento si algún vecino(a) se queda sin comer?	<input type="checkbox"/>
Referencia domiciliaria del vecino(a):	

**FRECUENCIA SEMANAL DE CONSUMO DE...**

Frecuencia	Diario	3 ó 4 veces	2 veces	1 vez	Casi nunca	Nunca
Cereales o tubérculos	<input type="checkbox"/>					
Verduras	<input type="checkbox"/>					
Frutas	<input type="checkbox"/>					
Leguminosas	<input type="checkbox"/>					
Crane y huevo	<input type="checkbox"/>					
Lácteos	<input type="checkbox"/>					
Alimentos altos en grasa y/o azúcar	<input type="checkbox"/>					

**OTRAS PREGUNTAS 1-5 OPTATIVAS**

1.- ¿Cuántas personas mayores de 12 años trabajan y tienen un jefe o superior?	<input type="checkbox"/>
2.- ¿Cuántas personas trabajan por su cuenta?	<input type="checkbox"/>
3.- ¿Cuántas personas de 12 a 15 años trabajaron en el último mes?	<input type="checkbox"/>
4.- ¿Cuántas personas de 16 a 18 años trabajaron en el último mes?	<input type="checkbox"/>

(Nombre y firma)  
AVISO DE PRIVACIDAD

**CATÁLOGO DEL CUIS**

ID	TIPO DE VIALIDAD	ID	ASENTAMIENTO	ID	ESTADO CIVIL	ID	CAUSAS DE ABANDONO ESCOLAR	ID	OCUPACIÓN	ID	OCUPACIÓN
1	Andador	1	Ciudad	1	Soltero (a)	1	Concluyó sus estudios	0	N/A	22	Ama de Casa
2	Avenida	2	Colonia	2	Casado (a)	2	Falta de dinero	1	Albañil	23	Pescador
3	Boulevard	3	Condominio	3	Divorciado (a)	3	Se necesitó su ayuda en trabajo o casa	2	Artesano	24	Estudiante
4	Brecha	4	Conjunto Hab.	4	Viudo (a)	4	Tuvo que quedarse en casa para cuidar personas	3	Ayudante de algún oficio	ID	<b>ESCOLARIDAD</b>
5	Calle	5	Comunidad	5	Unión Libre	5	Decidió empezar a trabajar	4	Ayudante en negocio familiar sin retribución	0	N/A
6	Calzada	6	Cuartel	6	Madre / padre soltera (o)	6	No le gusta la escuela	5	Ayudante en negocio no familiar sin retribución	1	Analfabeto
7	Camino	7	Fraccionamiento	ID	<b>PARENTESCO</b>	7	No hay escuela en el lugar donde vive	6	Chofer	2	Alfabeto
8	Carretera	8	Privada	0	Titular	8	La escuela está muy lejos	7	Ejidatario comunero	3	Preescolar
9	Cerrada	9	Ranchería	1	Cónyuge	9	Se casó	8	Empleado del Gobierno	4	Primaria
10	Diagonal	10	Rancho	2	Hijo (a)	10	Maternidad o paternidad	9	Empleado del Sector Privado	5	Secundaria
11	Periférico	11	Región	3	Nieto (a)	11	Nunca ha asistido	10	Empleado doméstico	6	Preparatoria
12	Privada	12	Residencial	4	Bisnieto (a)	12	Reprobó varias materias	11	Jornalero agrícola	7	Carrera técnica con primaria completa
13	Prolongación	13	Supermanzana	5	Padre	13	Ambiente inseguro en la escuela y alrededores	12	Miembro de un grupo de productores	8	Carrera técnica con secundaria completa
14	Retorno	14	Unidad Hab.	6	Madre	14	Bullying	13	Miembro de una cooperativa	9	Carrera técnica con preparatoria completa
15	Ninguno	15	Zona Militar	7	Suegro (a)	15	Padres no quisieron que siga estudiando	14	Obrero	10	Licenciatura
ID	<b>ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD</b>	16	Ninguno	8	Hermano (a)	16	No hubo cupo	15	Patrón de un negocio	ID	<b>TIPO DE EMPLEO</b>
1	Nacimiento			9	Cuñado (a)	ID	<b>INDICE DE MASA CORPORAL</b>	16	Profesionista independiente	0	N/A
2	Enfermedad			10	Yerno	1	Por debajo del peso	17	Promotor de desarrollo humano	1	Asalariado
3	Accidente			11	Nuera	2	Saludable	18	Trabajador por cuenta propia	2	Propio con sueldo asignado
4	Edad Avanzada			12	Tío (a)	3	Sobrepeso	19	Vendedor ambulante	3	Propio sin sueldo asignado
5	Por otra causa			13	Primo (a)	4	Obeso	20	Otra ocupación		
6	No sabe			14	Otro	5	Obesidad extrema o de alto riesgo	21	Desempleado		

ID	CONDICIÓN DE SALUD	ID	ADICIONES	ID	PRESTACIONES LABORALES	ID	PUEBLO INDÍGENA AL QUE PERTENECE	ID	PUEBLO INDÍGENA AL QUE PERTENECE	ID	PUEBLO INDÍGENA AL QUE PERTENECE
0	N/A	0	N/A	A	Incapacidad (enfermedad, accidente o maternidad)	12	Chontal Oaxaca	34	Mazahua	56	Tepehuano Norte
1	Infecciosas (Hepatitis, ETS, virus)	1	Tabaquismo	B	SAR o AFORE	13	Chontal Tabasco	35	Mazateco	57	Tepehuano Sur
2	Tumores (malignos y no malignos)	2	Alcoholismo	C	Crédito para vivienda	14	Chuj	36	Mixe	58	Texistepequeño
3	De la sangre (anemias)	3	Drogadicción	D	Guardería	15	Ch'ol	37	Mixteco	59	Tojolabal
4	Diabetes, tiroides, obesidad	ID	<b>DERECHOHABIENCIA</b>	E	Aguinaldo	16	Guarijío	38	Náhuatl	60	Totonaco
5	Desórdenes mentales (esquizofrenia)	1	Seguro Popular	F	Seguro de vida	17	Huasteco	39	Oluteco	61	Triqui
6	Sistema Nervioso (neuropatías)	2	IMSS	G	No tiene derecho a ninguna prestación	18	Huave	40	Otomí	62	Tlahaica
7	Enfermedades de los sentidos	3	ISSSTE	H	Otro tipo de seguro contratado	19	Huichol	41	Paipai	63	Tlapaneco
8	Sistema Circulatorio (hipertensión)	4	Pemex, Defensa o Marina	I	N/A	20	Ixcateco	42	Pame	64	Tseltal
9	Sistema Respiratorio (neumonía)	5	Clínica u Hospital Privado	ID	<b>PUEBLO INDÍGENA AL QUE PERTENECE</b>	21	Ixil	43	Pápago	65	Tsotsil
10	Sistema Digestivo (colitis, hernias)	6	A ninguna	0	N/A	22	Jakalteco	44	Pima	66	Yaqui
11	De la piel (dermatitis)	ID	<b>MOTIVO DE DERECHOHABIENCIA</b>	1	Aketeko	23	Kaqchikel	45	Popoloca	67	Zapoteco
12	Genitourinario (insuficiencia renal)	0	N/A	2	Amuzgo	24	Kickapoo	46	Popoluca	68	Zoque
13	Malformaciones	1	Prestación en el trabajo	3	Awaketeko	25	Kiliwa	47	Qato'k		
14	Lesiones, heridas, intoxicaciones	2	Jubilación	4	Apayapaneco	26	Kumiai	48	Qánjobál		
15	Síntomas no clasificados	3	Invalidez	5	Cora	27	Ku'ahl	49	Q'échi'		
ID	<b>TIPO DE DISCAPACIDAD</b>	4	Algún familiar en el hogar	6	Cucapá	28	K'iche'	50	Sayulteco		
0	N/A	5	Muerte del asegurado	7	Cuicateco	29	Lacandón	51	Seri		
1	Sensoriales y de Comunicación	6	Ser estudiante	8	Chatino	30	Mam	52	Tarahumara		
2	Motrices	7	Contratación propia	9	Chichimeco	31	Matlatzinca	53	Tarasco		
3	Aprendizaje y Comportamiento	8	Algún familiar de otro hogar	10	Chinanteco	32	Maya	54	Teko		
4	Más de 1 discapacidad	9	Apoyo del gobierno	11	Chocholteco	33	Mayo	55	Tepehua		

**Este Programa utiliza recursos públicos y es ajeno a cualquier partido e interés político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social. Quien haga uso indebido de los recursos de este Programa deberá ser denunciado y sancionado conforme lo dispone la ley de la materia. Los datos personales recabados, serán protegidos de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados y la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Quintana Roo.**

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO PARA ESPACIOS PEQUEÑOS DEL "ANEXO XI FORMATO DE CUESTIONARIO ÚNICO DE INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA Y NUTRICIA" DEL PROGRAMA "COMEMOS TOD@S", EJERCICIO 2025

La Agencia de Seguridad Alimentaria del Estado de Quintana Roo, a través de la Coordinación General de Operación Territorial, informa que es la responsable del tratamiento de los datos personales recabados de usted, consistentes en datos de identificación y generales, como son: nombre completo, edad, fecha de nacimiento, número telefónico, CURP, estado civil, género, dirección domiciliaria, nivel de escolaridad, lengua materna, información de salud e información de las condiciones económicas, con el objetivo de determinar si la persona presenta algún padecimiento de salud y de qué tipo, para priorizar su atención conforme a los criterios de elegibilidad. Además, se verificará si la persona se encuentra por debajo de la Línea de Pobreza por Ingreso (LPI) y en situación de inseguridad alimentaria, datos que se obtienen a través del Cuestionario Único de Información Socioeconómica y Nutricia, establecido en las Reglas de Operación del Programa. Esta información será utilizada para validar que se cumplan los requisitos y criterios de elegibilidad para tener el carácter de Persona Validada de este Programa, contactarlos e integrar el expediente de la Persona Beneficiaria, de conformidad a lo establecido por el artículo 20, fracción IV del Capítulo VII, Sección II de los Requisitos de las Reglas de Operación del Programa "Comemos Tod@s"; publicadas en el Periódico Oficial del Estado de Quintana Roo, el día 29 de enero de 2025; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Para mayor detalle consulte nuestro Aviso de Privacidad Integral en: <https://sebien.qroo.gob.mx/aviso-de-privacidad-de-la-sebien/>, en la sección "Avisos de Privacidad".