



**ANEXO X**  
**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          |  |
| Nombre de la vialidad |  | No. Exterior                |                           | No. Interior              |  |
| Entre Calles          |  | Descripción de la Ubicación |                           | C.P.                      |  |
|                       |  | Tipo de Localidad           | Rural ( )      Urbana ( ) | Teléfono (a diez dígitos) |  |

**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.

| Nº | 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**

| Nº | 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<br>Causa de abandono |           |                      |                | A                      | B | C | D | E | F | G | H                    | I                 |                          |
| 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<br>SI (Pueblo indígena al que pertenece) / NO | HABLA ESPAÑOL<br>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                | 1                    | Madera, Duela                  |  |  |
| 2                   | Dúplex                 | 7                     | Vecindad                       | 2                    | Mosaico, Vinil                 |  |  |
| 3                   | Compartida             | 8                     | Anexo a casa                   | 3                    | Cemento o firme                |  |  |
| 4                   | Otra                   | 9                     | Vivienda móvil                 | 4                    | Tierra                         |  |  |
| 5                   | Independiente          | 10                    | Refugio                        | 5                    | Otros                          |  |  |
| 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   |                        |                       | Cocina separada                | SI / NO              |                                |  |  |
| Cuartos para Dormir |                        |                       | Cuarto de baño exclusivo       | SI / NO              |                                |  |  |

| EQUIPAMIENTO         | TIENE |    | SIRVE |    |
|----------------------|-------|----|-------|----|
|                      | Sí    | No | Sí    | No |
| Refrigerador         |       |    |       |    |
| Estufa               |       |    |       |    |
| Video, DVD, Blue Ray |       |    |       |    |
| Lavadora             |       |    |       |    |
| Licuadora            |       |    |       |    |
| Televisión           |       |    |       |    |
| Radio                |       |    |       |    |
| Sala                 |       |    |       |    |
| Comedor              |       |    |       |    |
| Automóvil            |       |    |       |    |
| Cama                 |       |    |       |    |
| Celular              |       |    |       |    |
| Motocicleta          |       |    |       |    |
| Computadora          |       |    |       |    |
| Horno                |       |    |       |    |
| Teléfono             |       |    |       |    |
| Tinaco               |       |    |       |    |
| Internet             |       |    |       |    |

### 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                  |         | EGRESO MENSUAL  |         | APOYOS EN ESPECIE     |  |
|-------------------------------------|---------|-----------------|---------|-----------------------|--|
| CONCEPTO                            | IMPORTE | CONCEPTO        | IMPORTE |                       |  |
| Padre                               | \$      | Vivienda        | \$      | Tipo de apoyo:        |  |
| Madre                               | \$      | Alimentación    | \$      | Quien lo proporciona: |  |
| Hijos                               | \$      | Luz             | \$      | Frecuencia del apoyo: |  |
| Otro integrante de la familia       | \$      | Gas             | \$      |                       |  |
| Pensión Adulto Mayores* (65+)       | \$      | Agua            | \$      |                       |  |
| Becas (Municipal, Estatal, Federal) | \$      | Teléfono        | \$      |                       |  |
| Programa de Gobierno                | \$      | Transporte      | \$      |                       |  |
| Otro tipo de ingreso                | \$      | Atención médica | \$      |                       |  |
| Total mensual                       | \$      | Otros gastos    | \$      |                       |  |
| *Programa federal                   |         | Celular         | \$      |                       |  |
|                                     |         | Educación       | \$      |                       |  |
|                                     |         | Total mensual   | \$      |                       |  |

  

| REMESAS                                                         |  |
|-----------------------------------------------------------------|--|
| SI/ NO                                                          |  |
| ¿Alguien en el hogar recibe dinero proveniente de otros países? |  |
| Frecuencia del apoyo:                                           |  |

  

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

## 5. ALIMENTACIÓN

| N. | Todas las preguntas inician con esta oración:<br>EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS... | 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Venduras                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frutas                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leguminosas                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grane y huevo                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lácteos                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alimentos altos en grasa y/o azúcar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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 | ESCOLARIDAD                               |
| 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 | PARENTESCO                | 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 | ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD | 16 | Ninguno         | 8  | Hermano (a)               | 16 | No hubo cupo                                   | 15 | Patrón de un negocio                            | ID | TIPO DE EMPLEO                            |
| 1  | Nacimiento                |    |                 | 9  | Cuñado (a)                | ID | INDICE DE MASA CORPORAL                        | 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                                     |    |                                           |





**SEBIEN**  
SECRETARÍA DE  
BIENESTAR

**ASAQROO**  
AGENCIA DE SEGURIDAD  
ALIMENTARIA DEL ESTADO  
DE QUINTANA ROO

| 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 | DERECHOHABIENCIA             | E  | Aguinaldo                                        | 16 | Guarijio                         | 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 | Tlahuica                         |
| 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 | PUEBLO INDÍGENA AL QUE PERTENECE                 | 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 | MOTIVO DE DERECHOHABIENCIA   | 1  | Aketeko                                          | 23 | Kaqchikel                        | 45 | Popoloca                         | 67 | Zapoteco                         |
| 12 | Genitourinario (insuficiencia renal) | 0  | N/A                          | 2  | Amuzgo                                           | 24 | Kikapoo                          | 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 | Qéchi'                           |    |                                  |
| ID | TIPO DE DISCAPACIDAD                 | 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 X CUESTIONARIO ÚNICO DE INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA Y NUTRICIA”  
DEL PROGRAMA “COMEMOS TOD@S”, EJERCICIO 2026**

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 Valida de este Programa, contactarlos e integrar el expediente de la Persona Beneficiaria, de conformidad a lo establecido por el artículo 20, fracción IV, Sección II, del Capítulo VII, de los Criterios de Elegibilidad, Requisitos y Proceso de Selección de las Reglas de Operación del Programa “Comemos Tod@s”; publicadas en el Periódico Oficial del Estado de Quintana Roo, el día 27 de febrero del 2026; 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.groo.gob.mx/avisos-de-privacidad-de-la-sebien/>, en la sección “Avisos de Privacidad 2026”.