



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA**  
**COORDINACIÓN DE SERVICIOS ESTUDIANTILES Y GESTION ESCOLAR**  
**Estudio Socioeconómico**

Fecha: _____	Matrícula: _____	
Nombre completo: _____		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Fecha de nacimiento (día/mes/año): _____	Tel: _____	Cel: 044- _____
Dirección Particular: _____		
Municipio: _____	Carrera que cursa: _____	
Esc/Fac/Inst : _____	Promedio general: _____	
Correo electrónico: _____		

**Datos socioeconómicos** (Marca con una "X" en los espacios correspondientes)

<b>Lugar de Nacimiento:</b> _____		
<b>Estado Civil:</b>	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>
<b>Trabajas:</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ocupación : _____	Teléfono de trabajo: _____	
Horario de: _____ a _____ hrs.	Sueldo Mensual: _____ (pesos)	
<b>Cuentas con:</b>	Visa Laser <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>Actualmente vives con:</b>	Padres <input type="checkbox"/> Familiares (tíos,abuelos,etc.) <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/>	Esposo(a) <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/>
<b>Tiempo viviendo en ese domicilio:</b> _____ años		
<b>¿Cuántas personas viven en tu casa?</b> _____ adultos _____ niños		
<b>La casa donde vives es:</b>	Propia <input type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Casa de Huéspedes <input type="checkbox"/> Prestada <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	
<b>El material de los pisos es:</b>	Tierra <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Cemento <input type="checkbox"/> Mosaico <input type="checkbox"/> Alfombra <input type="checkbox"/> Duela <input type="checkbox"/>	
<b>¿Cuántas recámaras tiene?</b> _____	<b>¿Cuántos baños tiene?</b> _____	
<b>¿Tiene sala independiente?</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<b>¿Tiene cocina independiente?</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>¿Con qué servicios cuentan en la casa?</b>	Agua <input type="checkbox"/> Luz <input type="checkbox"/> Drenaje <input type="checkbox"/> Pavimento <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/>	Teléfono <input type="checkbox"/> Gas por tubería <input type="checkbox"/> TV por cable <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> TV por satélite <input type="checkbox"/>
<b>Tienes en tu casa:</b>	DVD <input type="checkbox"/> Computadora <input type="checkbox"/>	
<b>Tiene tu casa:</b>	Refrigeración/Paquete <input type="checkbox"/> Refrigeración/Ventana <input type="checkbox"/> Cooler <input type="checkbox"/> Abanicos <input type="checkbox"/> Calefacción <input type="checkbox"/>	
<b>Número de automóviles en la casa:</b> _____		
<b>¿Cuentas con seguro de gastos médicos?</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>¿Qué transporte utilizas?</b>	Auto propio <input type="checkbox"/> Auto familiar <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/>	Camión <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Caminando <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> _____

