|  |  |
| --- | --- |
| **Nº** | **000X** |

**Fecha:**

**1.-IDENTIFICACIÓN:**

Nombres: Género: Est. Civil: Edad: Tipo de Sangre:

Telf. Fijo: Móvil: Correo-e:

Lugar y Fecha de Nacimiento: \_Estudios Realizados:

Lugar de Trabajo: Rég. Lab: Ocupación: Horario de Trabajo:

**DATOS DEL DOMICILIO:**

# Calle: # Avenida: # Casa: Ciudadela/Barrio: Referencia:

**EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:** Relación: Telf. Fijo: \_\_\_\_\_\_\_ Telf. Móvil:

**2.-ESTRUCTURA FAMILIAR:**

Nombres: (Cónyuge/Conviviente) Fecha de Nac.: Edad: \_ Tipo de sangre : \_\_\_\_\_ \_\_\_

Lugar de Trabajo: Ocupación: \_\_\_\_\_ Horario de Trabajo: \_\_\_

Nº de Hijos/as: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº Varones: \_\_\_\_\_\_ Nº Mujeres: \_\_\_\_\_\_ Otra carga familiar: \_\_\_\_\_\_\_\_Total:\_\_\_\_\_\_

**NOMBRES: FECHA. NAC. EDAD INSTRUCCIÓN/OTROS**

**OBSERVACIÓN:**

**3.-CONDICIÓN DE VIVIENDA:** (Marque con un visto √)

Propia: Arrendada: Vive con un familiar: \_\_\_\_\_\_\_\_Otros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4.- ANTECEDENTES DE SALUD DEL SERVIDOR/TRABAJADOR:** (Marque con un visto √)

Buena: Regular: Mala: \_\_\_\_\_

**¿DÓNDE CONCURRE EN CASO DE EMERGENCIA?:** (Marque con un visto √)

Hospital del IESS/MSP.: Médico Dpto. BE.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Médico Particular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Otros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿PRESENTA DISCAPACIDAD O ENFERMEDAD CATASTRÓFICA?:** Si: No: (Si la respuesta SI, complete los campos, si es NO ubicar N/A-no aplica)

Tipo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_Porcentaje: % Nº Carnet: \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_

**¿PRESENTA ALGÚN FAMILIAR CON DISCAPACIDAD O ENFERMEDAD CATASTRÓFICA, DEBIDAMENTE CERTIFICADAS, QUE ESTÉ BAJO SU CUIDADO?:** Si: \_\_\_\_ No: (Si la respuesta SI, complete los campos, si es NO ubicar N/A-no aplica)

Tipo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Porcentaje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nº Carnet: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_

Nombre del Familiar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nexo Familiar: \_\_\_

**¿PRESENTA ALGÚN FAMILIAR ADULTO MAYOR QUE ESTÉ BAJO SU CUIDADO?:** Si: \_\_\_\_No: (Si la respuesta SI, complete los campos, si es NO ubicar N/A-no aplica) Nombre del Familiar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nexo Familiar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿HA SUFRIDO USTED ACCIDENTE DE TRABAJO EN ESTA IES?:** Si \_\_\_\_\_\_No (Si la respuesta SI, complete los campos, si es NO ubicar N/A-no aplica)¿Cuántos? \_\_\_\_\_ ¿Tuvo afectación? \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5.-SITUACIÓN ECONÓMICA DEL SERVIDOR/A:**

**Ingresos Mensuales Egresos Mensuales**

RMU. $ Vivienda: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Incluye alquiler, hipoteca, servicios básicos)

Sub. Fam. $ Alimentación: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Incluye pensiones alimenticias, etc.)

Otros. $ Vestimenta: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Educación: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Salud: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Incluye seguro médico etc.)

Otros gastos: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Especifique:…………………………………………….

**TOTAL: $**  **TOTAL: $**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OBSERVACIÓN:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

F) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ F) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellidos y Nombres SERVIDOR /A

ANALISTA 3 SBS