

_____, Hidalgo, a ____ de _____ del 2026.

Asunto: Solicitud de apoyo.

Lic. Julio Ramón Menchaca Salazar.
Gobernador Constitucional del Estado de Hidalgo.
Presente.

At'n. Lic. Prisco Manuel Gutiérrez.
Comisionado Estatal para el Desarrollo
Sostenible de los Pueblos Indígenas.

El (la) que suscribe _____, persona indígena perteneciente a un pueblo o comunidad indígena o por autoadscripción, con domicilio en la comunidad (Loc./Col./Barr./Fracc.) _____, del municipio de _____, del Estado de Hidalgo, por medio de la presente solicito respetuosamente su valioso apoyo e intervención para ser beneficiario(a) del **Programa Guardianas de Vida**.

Asimismo, manifiesto bajo protesta de decir verdad que conozco y acepto las **Reglas de Operación** que regulan dicho programa, expresando mi voluntad y buena fe para cumplir cabalmente con los compromisos que de éste se deriven.

En ese sentido, me comprometo a:

- 1) Hacer buen uso del apoyo para el fin destinado. (no vender, traspasar, intercambiar, destruir, inutilizar, etc.);
- 2) Atender las indicaciones del personal de la CEDSPI, del Gobierno del Estado de Hidalgo o instancias involucradas;
- 3) Disponibilidad y apertura para atender supervisiones de la CEDSPI, Gobierno del Estado de Hidalgo y entidades fiscalizadoras;
- 4) Dar permiso y facilidades para tomar evidencia fotográfica y/o videográfica, así como su uso con fines de comprobación y difusión una vez otorgado el programa;
- 5) Tomar el curso de capacitación impartido por el IMSS BIENESTAR o COPLAMAR; y
- 6) Manifiesto que soy conocedor de que la integración al censo y la entrega de mi solicitud no garantizan la asignación ni la entrega del programa, ya que está sujeta a la disponibilidad presupuestal y financiera.

Reconozco que el incumplimiento de lo establecido en las Reglas de Operación y en la presente, podrá ser motivo de suspensión y/o retiro del programa. Finalmente, declaro que he leído, conozco y acepto el **Aviso de Privacidad y el uso de datos personales** emitido por la CEDSPI, el cual se encuentra disponible para su consulta en la liga <https://cedspi.hidalgo.gob.mx/Interes/aviso> y en las redes oficiales de la CEDSPI.

Sin más por el momento y en espera de una respuesta favorable, quedo a sus órdenes.

Atentamente

Firma

Teléfono (obligatorio): _____

Formato Único
de la Persona Solicitante



Folio de Registro:

(Asignado por la dependencia)

Fecha:

(Día/Mes/año)

Secretaría/Organismo:

Programa Solicitado:

1 Datos del/la Solicitante

Nombre (s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Fecha de Nacimiento

Género

H

M

CURP

2 Datos de Residencia y Contacto

Estado

Hidalgo

Municipio

Localidad

Colonia

Calle

Número

C.P.

Teléfono Celular

Teléfono de contacto

3 Información Socioeconómica

NOTA: A partir de esta pregunta se entenderá por "hogar" al conjunto de personas que residen habitualmente en la misma vivienda particular y se sostienen de un gasto común, principalmente para comer; una persona que vive sola, también forma un hogar.

Indicador	Respuesta
1. ¿Número de habitantes en el hogar (Incluye persona solicitante)?	_____ personas
2. ¿Cuántos miembros del hogar reciben algún programa social?	_____ personas
3. ¿Cuántas personas realizan alguna actividad económica (trabajan o tienen un negocio)?	_____ personas
4. Ingreso mensual total del hogar (incluya salarios, apoyos sociales, remesas, pensiones, otros):	\$ _____ MXN
5. ¿Habla alguna lengua indígena?	SÍ ☐ NO ☐ ¿Cuál? _____
6. Número de personas de 65 y más años que habitan en el hogar	Hombres _____ Mujeres _____
7. Número de personas con discapacidad que habitan en el hogar	_____ personas

Vivienda

Servicios Básicos (Marque con una 'X' si cuenta con ellos):

Luz ☐ Agua Potable ☐ Cisterna ☐ Teléfono Celular ☐ Internet en casa ☐ Televisión ☐ Drenaje ☐

4 Solicitud

Por medio de la presente, bajo protesta de decir verdad, manifiesto que mis datos son auténticos, por lo que solicito mi incorporación al programa antes señalado. Autorizo expresamente la inclusión de mis datos personales para el registro de la solicitud, así como en el padrón que determine el Gobierno del Estado de Hidalgo.

Firma de la Persona Solicitante

5 Validación de Información

Nombre de quien levanta el cuestionario (si aplica):

Nombre / Cargo / Firma

El Gobierno del Estado de Hidalgo, en su calidad de sujeto obligado, es el responsable de la gestión, manejo y tratamiento de los datos personales sensibles proporcionados, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4, 5 y demás relativos de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Hidalgo, cuya última reforma fue publicada en el Alcance Uno del Periódico Oficial del Estado de Hidalgo el 27 de junio de 2022; así como los artículos 24, 114 y demás aplicables de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Hidalgo, cuya última reforma fue publicada en el Alcance Uno del Periódico Oficial del Estado de Hidalgo, el 15 de octubre de 2024.

En caso de que la persona solicitante no desee que sus datos personales sean tratados para las finalidades adicionales aquí mencionadas, podrá manifestarlo a través del correo electrónico: secretaria.bienestar@hidalgo.gob.mx.

Se hace de su conocimiento, que los datos personales NO serán compartidos con personas, empresas, organizaciones y autoridades distintas al sujeto obligado, salvo que sean necesarias para atender requerimientos de información de una autoridad competente, debidamente fundados y motivados. Para más información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de la dirección electrónica: <https://sebiso.hidalgo.gob.mx/AvisosPrivacidad>

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha

Estimada ciudadana

Usted ha sido invitada a participar en el presente proyecto de investigación, el cual es desarrollado por investigadores del IMSS BIENESTAR de la coordinación Estatal Hidalgo, en el trabajo titulado: Realidades paralelas: Condiciones socioeconómicas y perfil demográfico de las parteras en el IMSS-Bienestar y el IMSS-Ordinario en Hidalgo. en el periodo febrero - diciembre 2026.

El objetivo de este proyecto conocer las condiciones socioeconómicas y el perfil demográfico de las parteras en el IMSS-Bienestar y el IMSS-Ordinario. Si usted decide participar en este estudio, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro. El propósito del presente estudio es mejorar y conocer la situación actual de las parteras y hacer propuestas de mejora que fortalezcan la partería tradicional y el programa social de Guardianas de Vida. Le invitamos a participar en este estudio ya que usted forma parte del grupo de parteras consideradas en este estudio.

Esta investigación se considera de **riesgo mínimo**, ya que su participación consistirá en:

1.-Contestar o proporcionar la información del formato único de la persona solicitante, el cual es un requisito de inscripción al programa social Guardianas de vida, el cual le llevará de 20-35 minutos, que contiene preguntas sobre: datos sociodemográficos y socioeconómicos: su edad, cuántas personas viven en su hogar, sin ingresos, cuánto del ingreso es destinado a la alimentación, las características de su casa, el piso, el techo y las paredes, si habla alguna lengua indígena, el municipio y localidad donde vive.

Toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificada con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que usted no podrá ser identificada. Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria, usted está en plena libertad de decidir qué datos está dispuesto a proporcionar o negarse a participar o de retirar su participación en el estudio en el momento en que desee, sin que esto afecte su permanencia en el programa. El investigador principal del estudio, Dr. Felipe de Jesús Cenobio García, es responsable del resguardo de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a los dispuestos por la Ley General de Protección de los Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Los datos personales que le solicitaremos serán utilizados exclusivamente para las finalidades expuestas en este documento. Usted puede solicitar la corrección de sus datos o que sus datos se eliminen de nuestras bases o retirar su consentimiento para su uso. En cualquiera de estos casos le pedimos dirigirse a la investigadora responsable del proyecto, Dr. Felipe Cenobio a la siguiente dirección de correo electrónico: felipe.cenobio@gmail.com. O bien expresarlo a su enlace de IMSS o acción comunitaria para que expresen su solicitud al investigador responsable.

Declaración de la participante

Por este medio, yo: _____ informo que doy mi consentimiento para participar en el proyecto antes mencionado, y que tengo claro el objetivo de esta investigación. También declaro que soy consciente de los riesgos y beneficios y que tuve la oportunidad de hacer todas las preguntas necesarias para resolver todas mis dudas sobre el proyecto. Además, declaro que mi participación es voluntaria sin presiones de ningún tipo.

Nombre y Firma de la participante
(Si no tiene firma use su huella)

Nombre y firma del investigador





_____, Hidalgo, a ____ de _____ de 2026.

Constancia de Reconocimiento

Lic. Julio Ramón Menchaca Salazar.

Gobernador Constitucional del Estado de Hidalgo.

Presente.

At'n. Lic. Prisco Manuel Gutiérrez.

Comisionado Estatal para el Desarrollo

Sostenible de los Pueblos Indígenas.

Por medio de la presente se hace constar que la (el) C.
_____, con domicilio en la comunidad
(Loc./Col./Barr./Fracc.) _____, del municipio de
_____, del Estado de Hidalgo, es reconocida(o) como
_____, desempeñando esta labor de manera
responsable, ética y en apego a los usos, costumbres y conocimientos ancestrales de la
comunidad, con una antigüedad de: _____ año(s).

Se hace constar que ha brindado servicios de atención en salud tradicional, tales como:

_____.

La (el) interesada(o) cuenta con el reconocimiento comunitario por su experiencia, honorabilidad y compromiso con el bienestar de las familias, contribuyendo a la preservación de la medicina tradicional y fortaleciendo la salud comunitaria.

La presente constancia se expide a los ____ días del mes de _____ del año en curso a petición del interesado para su aplicación al programa "Guardianas de Vida" a cargo de la Comisión Estatal para el Desarrollo Sostenible de los Pueblos Indígenas.

Autoridad de Salud

Autoridad Local / Comunitaria

Nombre, firma y sello

Nombre, firma y sello

Objetivo: Recopilar información general, comunitaria y técnica de parteras y personas dedicadas a la medicina tradicional, con el fin de reconocer su trayectoria, prácticas, necesidades y disposición para la colaboración institucional.

Instrucciones: Marque la opción que mejor describa su situación o responda de manera clara en los espacios abiertos. La información será utilizada únicamente con fines de registro, diagnóstico y fortalecimiento.

Nombre: _____ Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

CURP: _____

Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ No binario Edad: _____

Lengua indígena que habla:

Nahuatl ☐ Otomí/Hñahñū ☐ Tepehua ☐ Ninguna ☐ Otro: _____

Número telefónico: _____ ¿El número telefónico es propio? ☐ Sí ☐ No

Número de contacto diferente al anterior: _____

Municipio: _____ Localidad: _____

Reconocimiento comunitario

1. ¿Quién le enseñó esta práctica?

☐ Familiar (madre, abuela, padre, etc.)

☐ Aprendizaje comunitario

☐ Otro médico tradicional/partera

☐ Don

☐ Otro: _____

2. ¿Ha sido recomendado(a) por otras parteras o médicos tradicionales?

☐ Sí

☐ No

3. ¿Cuál es el costo del servicio que brinda (por sesión)?

☐ Nada ☐ \$301 a \$450

☐ \$1 a \$150 ☐ Más de \$450

☐ \$151 a \$300 ☐ Aportación voluntaria

☐ En especie

Especialidad o Práctica Principal

4. ¿Cuál es su práctica principal?

☐ Partería ☐ Huesero (a)

☐ Medicina tradicional ☐ Rezandero (a)

☐ Curación espiritual ☐ Otro:

☐ Sobador(a)

5. ¿Realiza otras prácticas complementarias?

☐ No

☐ Sí (especifique): _____

Experiencia y Trayectoria

6. Años de práctica: _____

7. ¿Cuántas personas atiende aproximadamente al año?

☐ Menos de 50 ☐ 151 a 300

☐ 51 a 150 ☐ Más de 300

8. ¿Ha participado en capacitaciones relacionadas con su práctica?

☐ Salud pública ☐ No

☐ Salud privada ☐ Otro: _____

Técnicas y Conocimientos Utilizados

Para parteras:

☐ Sobadas prenatales

☐ Acomodo del bebé

☐ Atención de parto

☐ Atención del puerperio

☐ Uso de herbolaria

☐ Atención del recién nacido

Disponibilidad para Colaboración Institucional

Indique su nivel de disposición

Actividad	Sí	No	Ya lo hago	Tal vez
Referencia de pacientes a unidades médicas	☐	☐	☐	☐
Participación en capacitaciones	☐	☐	☐	☐
Participación en Casa de la Mujer Indígena	☐	☐	☐	☐

Medicina tradicional:

☐ Herbolaria

☐ Limpias espirituales

☐ Masajes terapéuticos

☐ Atención de enfermedades culturales

☐ Otro: _____

Infraestructura y Condiciones de Trabajo

9. ¿En que espacio brinda atención?

☐ En un cuarto en mi casa

☐ No tengo un espacio

☐ Tengo un lugar específico para atender

10. ¿Dispone de material o equipo para su práctica?

☐ Sí

☐ No

☐ Parcialmente

11. ¿Requiere mejoras en infraestructura o equipamiento?

☐ Sí

☐ No

☐ No sabe

Cobertura Territorial

12. ¿Cobertura de atención?

☐ Solo en mi localidad

☐ Solo en mi municipio

☐ Municipios aledaños

☐ Otro: _____

Necesidades de Fortalecimiento

(Respuestas múltiples)

☐ Capacitación

☐ Equipamiento

☐ Material

☐ Apoyo económico

☐ Infraestructura

☐ Reconocimiento institucional

☐ Otro: _____

Declaro que he leído, conozco y acepto el Aviso de Privacidad y el uso de datos personales emitido por la CEDSPI, el cual se encuentra disponible para su consulta en la liga <https://cedspi.hidalgo.gob.mx/Interes/aviso>.