



FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente:

C-5621-1978

Fecha de Registro

2001-04-04 00:00:00

DATOS GENERALES

Nombre: ALBERTO TRONCOSO DAVILA Género: Masculino Edad: 57 Estado Civil: Casado(a)
Fecha de nacimiento: 1966-11-22 Lugar de nacimiento: ZACATECAS
CURP: TODA661122HZSRVL01 RFC: TODA661122 Teléfono: Celular: 4921100229
Domicilio: SALVADOR VIDAL No. Ext: 304 No. Int.: S/N
Colonia: ALMA OBRERA Entre vialidades: S/N
Descripción o referencia del lugar: HAY UNA ESCUELA PRIMARIA
Estado: ZACATECAS Municipio: ZACATECAS Localidad: ZACATECAS
Asentamiento: H. AYUNTAMIENTO C.P.: 98050 Correo-e:
Sabe Leer? Sí: ☐ No: ☒ Estudia: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? Habilidad:
Nivel escolaridad: Ninguno Concluida: ☐ Trunca: ☒ Cursando: ☐ No Aplica: ☐
Trabaja: Sí: ☒ No: ☐ Dónde? Ingreso mensual: \$ Menor a 4,500 Profesión/Oficio: COMERCIANTE
Pertenece a alguna AC: Sí: ☐ No: ☒Cuál?
Pensión, Beca o Apoyo: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? Monto pensión: \$ Frecuencia:
Tipo de Seguridad Social: IMSS: ☐ ISSSTE: ☐ SSZ: ☐ Ninguno: ☒ Otro: No. de SS:
Pertenece a otro Grupo Vulnerable: Sí: ☐ No: ☒Cuál(es)?

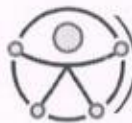
DATOS MÉDICOS

Tipo de discapacidad: Física: ☐ Intelectual: ☐ Sensorial: ☒ Múltiple: ☐ Psicosocial: ☐
Discapacidad: 21-Auditiva Hipoacusia Grado: 5-Profundo Describe: HIPOACUSIA PROFUNDA
Usa Braille: Sí: ☐ No: ☐ N/A: ☒ Sabe LSM?: Sí: ☐ No: ☐ N/A: ☒ Sabe Lectura Labiofacial?: Sí: ☐ No: ☐ N/A: ☒
Causa: Nacimiento: ☐ Congénita: ☐ Genética: ☐ Hereditaria: ☐ Enfermedad: ☐ Accidente: ☐ Violencia: ☐ Adicción: ☐
Otra: ☐ Desconoce: ☒ Especifique:
Fecha inicio discapacidad: 1960-01-12 Fuente de Valoración: CREE Fecha de Valoración: 2016-02-12
Rehabilitación: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? Fecha de Inicio: Duración:
Tipo de Sangre: O Rh + Tiene cirugías?: Sí: ☐ No: ☒ Tipo de cirugía:
Usa prótesis u órtesis?: Sí: ☐ No: ☒ Tipo de prótesis u órtesis:
Requiere asistencia/supervisión? Siempre: ☐ Tareas específicas: ☐ Nunca: ☒ Duración: Permanente: ☐ Temporal: ☐ N/A: ☐
Alergias: 133-POLVO Enfermedades: 6-CRISIS CONVULSIVAS
Medicamentos:

VIVIENDA

Propia: ☐ Prestada: ☒ Rentada: ☐ Está a su nombre?: Sí: ☐ No: ☒
Tipo de vivienda: Casa: ☐ Departamento: ☐ Vecindad: ☐ Otro:
No. de dormitorios: 6 Cocina: ☐ Sala: ☐ Baño: ☐ Num. Baños: Interior: ☐ Exterior: ☐ Otro:
Techo: Cemento: ☒ Lámina: ☐ Otro: Pared: Block: ☐ Ladrillo: ☒ Adobe: ☐ Otro:
Servicios básicos: Agua potable: ☒ Luz eléctrica: ☒ Drenaje: ☐ Internet: ☐ Celular: ☒ Carro: ☐ Gas: ☐
Teléfono: Otro:
Electrodomésticos: Lavadora: ☒ Disp. Inteligente: ☒ Microondas: ☒ T.V.: ☒ Computadora: ☐ Licuadora: ☒
Estufa: ☒ Refrigerador: ☐ Otro:
Es dependiente económico? Sí: ☐ No: ☒ Indique de quién: Núm. dependientes económicos? 3

Página 1/2



INTEGRACIÓN FAMILIAR

Nombre:	Parentesco:	Edad:	Escolaridad:	Profesión u Oficio:	Discapacidad:	Ingreso:	Teléfono:
MIRMA MIREYA GONZALEZ HERRERA	Espos(a)	68	Sin_escolarizar	HOGAR	AUDITIVA		2291404161
BERTA TRONCOSO DAVILA	Hermano(a)	59	Sin_escolarizar	HOGAR	AUDITIVA		4923431157

REFERENCIAS PERSONALES


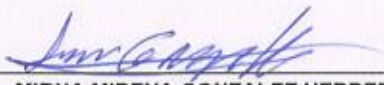
Nombre:	Parentesco:	Domicilio:	Profesión u Oficio:	Teléfono:
BERTA TRONCOSO DAVILA	Hermano(a)	C. SALVADOR VIDAL 304	HOGAR	4923431157

SERVICIOS SOLICITADOS

Folio:	Fecha Solicitud:	Tipo Solicitud:	Descripción:	Fecha Entrega:	Estatus:
1	27-08-12	Credencial	Entregada	27-08-12	Elab.
2	18-09-17	Credencial	Entregada	18-09-17	Elab.
3	20-02-23	Credencial	Entregada	20-02-23	Elab.

Fecha de Actualización: 2024-08-08 12:21:03

Zacatecas, Zac. a 08-08-2024

Firma del responsable del llenado:	Firma de Autorización de uso de Datos Personales:
 P.A. Raúl Fourzan Puente	 MIRMA MIREYA GONZALEZ HERRERA

Estimado usuario y/o beneficiario, la información proporcionada al Instituto para la Atención e Inclusión de las Personas con Discapacidad, está debidamente protegida por la ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Zacatecas, si deseas más información puedes consultar nuestro aviso de privacidad en: <https://inclusion.zacatecas.gob.mx/aviso-de-privacidad>