



FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente:

C-1603-38966

Fecha de Registro

2019-08-20 00:00:00

DATOS GENERALES

Nombre: FRANCISCO HERNANDEZ LOPEZ Género: MASCULINO Edad: 58 Estado Civil: SOLTERO (A)
 Fecha de nacimiento: 1965-08-14 Lugar de nacimiento: _____
 CURP: HELF650814HZSRPR02 RFC: HELF650814 Teléfono: (444) 503 - 9742 Celular: _____
 Domicilio: SAN MARCOS No. Ext: 3 No. Int.: _____
 Colonia: CENTRO Entre vialidades: C. JOSE LUIS ROSALES Y C. SAN MARCOS
 Descripción o referencia del lugar: _____
 Estado: ZACATECAS Municipio: GENERAL PÁNFILO NATERA Localidad: EL SAUCITO (EL HORNO)
 Asentamiento: 0 C.P.: 98740 Correo-e: _____
 Sabe Leer? Sí: ☐ No: ☒ Estudia: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? _____ Habilidad: _____
 Nivel escolaridad: _____ Concluida: ☐ Trunca: ☒ Cursando: ☐ No Aplica: ☐ _____
 Trabaja: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? _____ Ingreso mensual: \$ _____ Profesión/Oficio: CAMPO
 Pertenece a alguna AC: Sí: ☐ No: ☒Cuál? _____
 Pensión, Beca o Apoyo: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? SIN DATO Monto pensión: \$ _____ Frecuencia: _____
 Tipo de Seguridad Social: IMSS: ☐ ISSSTE: ☐ SSZ: ☐ Ninguno: ☒ Otro: _____ No. de SS: PENDIENTE
 Pertenece a otro Grupo Vulnerable: Sí: ☐ No: ☒Cuál(es)? _____

DATOS MÉDICOS

Tipo de discapacidad: Física: ☒ Intelectual: ☐ Sensorial: ☐ Múltiple: ☐ Psicosocial: ☐
 Discapacidad: 03-Motora Grado: _____ Describe: GONARTROSIS RODILLA IZQ
 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: _____ Fuente de Valoración: IMSS Fecha de Valoración: _____
 Rehabilitación: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? _____ Fecha de Inicio: _____ Duración: _____
 Tipo de Sangre: _____ Tiene cirugías?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de cirugía: RODILLA
 Usa prótesis u órtesis?: Sí: ☐ No: ☐ Tipo de prótesis u órtesis: _____
 Requiere asistencia/supervisión? Siempre: ☐ Tareas específicas: ☐ Nunca: ☐ Duración: Permanente: ☐ Temporal: ☐ N/A: ☐
 Alergias: _____ Enfermedades: 2-HIPERTENSIÓN ARTERIAL
 Medicamentos: 20-LOZARTAN

VIVIENDA

Propia: ☒ Prestada: ☐ Rentada: ☐ Está a su nombre?: Sí: ☐ No: ☒
 Tipo de vivienda: Casa: ☐ Departamento: ☐ Vecindad: ☐ Otro: _____
 No. de dormitorios: 2 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



INTEGRACIÓN FAMILIAR

Nombre:	Parentesco:	Edad:	Escolaridad:	Profesión u Oficio:	Discapacidad:	Ingreso:	Teléfono:
MA. GUADALUPE RANGEL	ESPOSO(A)	52	2	3		0.00	0
MARCOS HERNANDEZ RANGEL	HIJO(A)	22	2	9		0.00	0

REFERENCIAS PERSONALES



Nombre:	Parentesco:	Domicilio:	Profesión u Oficio:	Teléfono:
MARCOS HERNANDEZ RANGEL	HIJO(A)		14	0

SERVICIOS SOLICITADOS

Folio:	Fecha Solicitud:	Tipo Solicitud:	Descripción:	Fecha Entrega:	Estatus:
C-1603-38966	2024-07-18 11:33:36		Credencial	2024-07-18 11:33:36	Entregado

Fecha de Actualización:

Zacatecas, Zac. a 18-07-2024

Firma del responsable del llenado:	Firma de Autorización de uso de Datos Personales:
	
Raúl Fourzan Puente	FRANCISCO HERNANDEZ LOPEZ

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>