



FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente:

C-1740-15566

Fecha de Registro

2010-05-18 00:00:00

DATOS GENERALES

Nombre: ALFREDO JASSO LOPEZ Género: Masculino Edad: 49 Estado Civil: Casado(a)
Fecha de nacimiento: 1975-06-27 Lugar de nacimiento: TACOALECHE, GUADALUPE, ZAC.
CURP: JALA750627HZSSPL06 RFC: JALA750627 Teléfono: (492) 224 - 9579 Celular: _____
Domicilio: 5 DE MAYO No. Ext: 48 No. Int.: S/N
Colonia: LINDAVISTA Entre vialidades: 2 DE MAYO Y MORELOS
Descripción o referencia del lugar: CERCA DE DONDE VENDEN GASOLINA
Estado: ZACATECAS Municipio: GUADALUPE Localidad: TACOALECHE
Asentamiento: TACOALECHE C.P.: 98630 Correo-e: _____
Sabe Leer? Sí: ☐ No: ☒ Estudia: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? _____ Habilidad: SUS FAMS. LOS APOYAN
Nivel escolaridad: Secundaria Concluida: ☒ Trunca: ☐ Cursando: ☐ No Aplica: ☐
Trabaja: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? _____ Ingreso mensual: \$ _____ Profesión/Oficio: DESEMPLEADO
Pertenece a alguna AC: Sí: ☐ No: ☒Cuál? _____
Pensión, Beca o Apoyo: Sí: ☒ No: ☐ Dónde? BIENESTAR Monto pensión: \$155000 Frecuencia: Mensual
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: 40-Múltiple Grado: 3-Grave Describe: RETINOPATIA DIABETICA Y AMPUTACION
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: RETINOPATIA DIABETICA Y AMPUTACION DE PIERNA IZQUIERDA
Fecha inicio discapacidad: 2010-02-18 Fuente de Valoración: SSZ Fecha de Valoración: 2010-05-07
Rehabilitación: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? _____ Fecha de Inicio: _____ Duración: _____
Tipo de Sangre: O Rh + Tiene cirugías?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de cirugía: DESPRENDIMIENTO DE RETINA Y AMPUTACION
Usa prótesis u órtesis?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de prótesis u órtesis: SILLA DE RUEDA
Requiere asistencia/supervisión? Siempre: ☐ Tareas específicas: ☒ Nunca: ☐ Duración: Permanente: ☐ Temporal: ☐ N/A: ☐
Alergias: _____ Enfermedades: 1-DIABETES MELLITUS, 2-HIPERTENSIÓN ARTERIAL
Medicamentos: 1-INSULINA, 20-LOZARTAN, 6-METFORMINA

VIVIENDA

Propia: ☒ Prestada: ☐ Rentada: ☐ Está a su nombre?: Sí: ☒ No: ☐
Tipo de vivienda: Casa: ☒ Departamento: ☐ Vecindad: ☐ Otro: ☐
No. de dormitorios: 3 Cocina: ☒ Sala: ☒ Baño: ☒ Num. Baños: 2 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

