

## FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente:

C-5003-48932

Fecha de Registro

2024-08-02 13:48:54

### DATOS GENERALES

Nombre: SALVADOR REVILLA TORRES Género: Masculino Edad: 50 Estado Civil: Casado(a)  
Fecha de nacimiento: 1973-09-18 Lugar de nacimiento: VETAGRANDE  
CURP: RETS730918HZSVRL08 RFC: RETS730918 Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: 4921412188  
Domicilio: ESMERALDA No. Ext: 8 No. Int.: \_\_\_\_\_  
Colonia: VETAGRANDE Entre vialidades: \_\_\_\_\_  
Descripción o referencia del lugar: \_\_\_\_\_  
Estado: ZACATECAS Municipio: VETAGRANDE Localidad: VETAGRANDE  
Asentamiento: VETAGRANDE C.P.: 98140 Correo-e: \_\_\_\_\_  
Sabe Leer? Sí: ☒ No: ☐ Estudia: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? N/A Habilidad: \_\_\_\_\_  
Nivel escolaridad: Secundaria Concluida: ☐ Trunca: ☒ Cursando: ☐ No Aplica: ☐  
Trabaja: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? N/A Ingreso mensual: \$ \_\_\_\_\_ Profesión/Oficio: DESEMPLEADO  
Pertenece a alguna AC: Sí: ☐ No: ☒Cuál? N/A  
Pensión, Beca o Apoyo: Sí: ☒ No: ☐ Dónde? BIENESTAR Monto pensión: \$310000 Frecuencia: Bimestral  
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: 03-Motora Grado: 2-Moderado Describe: CX COLUMNA L5- S1  
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: CIRUGIA  
Fecha inicio discapacidad: 2018-04-03 Fuente de Valoración: SSZ Fecha de Valoración: 2024-08-02  
Rehabilitación: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? \_\_\_\_\_ Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_  
Tipo de Sangre: O Rh + Tiene cirugías?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de cirugía: COLUMNA  
Usa prótesis u órtesis?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de prótesis u órtesis: BASTÓN  
Requiere asistencia/supervisión? Siempre: ☐ Tareas específicas: ☐ Nunca: ☒ Duración: Permanente: ☐ Temporal: ☐ N/A: ☒  
Alergias: \_\_\_\_\_ Enfermedades: 1-DIABETES MELLITUS  
Medicamentos: 6-METFORMINA, 1-INSULINA

### 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: 1 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? 2

Página 1/2



## INTEGRACIÓN FAMILIAR

Nombre:	Parentesco:	Edad:	Escolaridad:	Profesión u Oficio:	Discapacidad:	Ingreso:	Teléfono:
LILIANA ZAPATA LANDEROS	Esposo(a)	48	Primaria	HOGAR			
JOSE ANGEL TADEO REVILLA ZAPATA	Hijo(a)	8	Primaria	ESTUDIANTE			

## REFERENCIAS PERSONALES


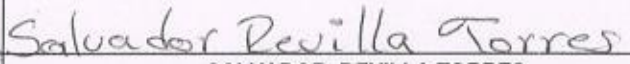
Nombre:	Parentesco:	Domicilio:	Profesión u Oficio:	Teléfono:
ROSENDO REVILLA TORRES	Hermano(a)	CORREDERO EL LLANO DE LAS VIRGENES VETAGRANDE	MINERO	4922291631

## SERVICIOS SOLICITADOS

Folio:	Fecha Solicitud:	Tipo Solicitud:	Descripción:	Fecha Entrega:	Estatus:
--------	------------------	-----------------	--------------	----------------	----------

Fecha de Actualización:

Zacatecas, Zac. a 02-08-2024

Firma del responsable del llenado:	Firma de Autorización de uso de Datos Personales:
 Raúl Fourzan Puente	 SALVADOR REVILLA TORRES

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>