

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

Número de Expediente:

C-5613-48911

Fecha de Registro

2024-07-29 11:24:35

### DATOS GENERALES

Nombre: ALFREDO MENDEZ VAZQUEZ Género: Masculino Edad: 80 Estado Civil: Casado(a)  
Fecha de nacimiento: 1944-02-21 Lugar de nacimiento: SAN LUIS POTOSI  
CURP: MEVA440221HSPNZL08 RFC: MEVA440221 Teléfono: Celular: 4922927446  
Domicilio: SIERRA PINZAN No. Ext: 110 No. Int.:  
Colonia: COLINAS DEL PADRE 4TA. SECC. Entre vialidades: PRIV. ENTRE CERRO DEL QUEMADO  
Descripción o referencia del lugar: PRIVADA VALLE ALTO  
Estado: ZACATECAS Municipio: ZACATECAS Localidad: ZACATECAS  
Asentamiento: COLINAS DEL PADRE C.P: 98085 Correo-e:  
Sabe Leer? Sí: ☒ No: ☐ Estudia: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? N/A Habilidad:  
Nivel escolaridad: Licenciatura Concluida: ☒ Trunca: ☐ Cursando: ☐ No Aplica: ☐  
Trabaja: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? N/A Ingreso mensual: \$ Profesión/Oficio: JUBILADO  
Pertenece a alguna AC: Sí: ☐ No: ☒Cuál? N/A  
Pensión, Beca o Apoyo: Sí: ☒ No: ☐ Dónde? Monto pensión: \$2300000 Frecuencia: Mensual  
Tipo de Seguridad Social: IMSS: ☒ ISSSTE: ☐ SSZ: ☐ Ninguno: ☐ Otro: No. de SS:  
Pertenece a otro Grupo Vulnerable: Sí: ☒ No: ☐Cuál(es)? 5-Adulto Mayor

### DATOS MÉDICOS

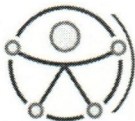
Tipo de discapacidad: Física: ☒ Intelectual: ☐ Sensorial: ☐ Múltiple: ☐ Psicosocial: ☐  
Discapacidad: 13-Enfermedad Articular Degenerativa 2-Moderado Describe: COXARTROSIS BILATERAL  
Usa Braille: Sí: ☐ No: ☐ N/A: ☒ Sabe LSM?: Sí: ☐ No: ☐ N/A: ☒ Sabe Lectura Labiofacial?: Sí: ☐ No: ☐ N/A: ☒  
Causa: Nacimiento: ☐ Congénita: ☐ Genética: ☐ Hereditaria: ☐ Enfermedad: ☒ Accidente: ☐ Violencia: ☐ Adicción: ☐  
Otra: ☐ Desconoce: ☐ Especifique: COXARTROSIS BILATERAL  
Fecha inicio discapacidad: 2024-07-20 Fuente de Valoración: SSZ Fecha de Valoración: 2024-07-16  
Rehabilitación: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? Fecha de Inicio: Duración:  
Tipo de Sangre: O Rh + Tiene cirugías?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de cirugía: NEFRECTOMIA, LITIASIS  
Usa prótesis u órtesis?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de prótesis u órtesis: ANDADOR  
Requiere asistencia/supervisión? Siempre: ☐ Tareas específicas: ☐ Nunca: ☒ Duración: Permanente: ☐ Temporal: ☐ N/A: ☒  
Alergias: Enfermedades: 1-DIABETES MELLITUS, 2-HIPERTENSIÓN ARTERIAL  
Medicamentos: 6-METFORMINA, 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: 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? 0

Página 1/2





## INTEGRACIÓN FAMILIAR

Nombre:	Parentesco:	Edad:	Escolaridad:	Profesión u Oficio:	Discapacidad:	Ingreso:	Teléfono:
MARIA ELENA GUERRERO LIMON	Esposo(a)	79	Licenciatura	MAESTRA	ALZHAIMER	3000	8713852528

## REFERENCIAS PERSONALES

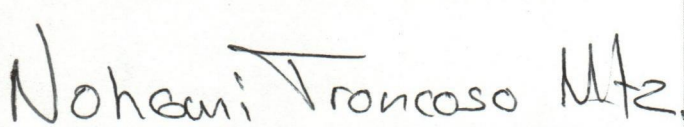
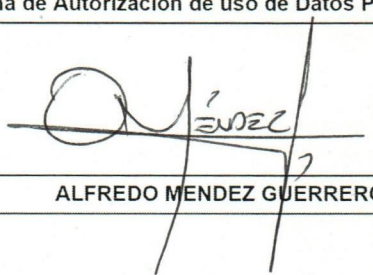
Nombre:	Parentesco:	Domicilio:	Profesión u Oficio:	Teléfono:
ALFEREDO M, ENDEZ GUERRERO	Hijo(a)	PRIMERA PRIV. LA BUFA #111 COL. COLINAS DEL PADRE	MEDICO	4331001045

## SERVICIOS SOLICITADOS

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

Fecha de Actualización:

Zacatecas, Zac. a 29-07-2024

Firma del responsable del llenado:	Firma de Autorización de uso de Datos Personales:
	
Nohemi Troncoso Martínez	ALFREDO MENDEZ GUERRERO

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>