



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

Número de Expediente:

Fecha de Registro

12/07/2024

### DATOS GENERALES

Nombre: LUIS MANUEL GARCIA RIVERA Género: H Edad: 64 Estado Civil: casado  
Fecha de nacimiento: 27/06/1960 Lugar de nacimiento: Villa Siles, Ortega  
CURP: GARLG00627142SRVS09 Teléfono: 4928993951 Celular: 4921266675  
Domicilio: Somalia No. Ext: 50 No. Int.:  
Colonia: Fracc. Africa Entre vialidades: 2. siglo XXI y C. Kenia  
Descripción o referencia del lugar: Tienda de Abarrotes IVAN  
Estado: ZACATECAS Municipio: Guadalupe Localidad: Guadalupe  
Asentamiento: C.P.: 98615 Correo-e:  
Sabe Leer? Si: ☒ No: ☐ Estudia: Si: ☐ No: ☒ Dónde? Habilidad:  
Nivel escolaridad: Licenciatura Concluida: ☒ Trunca: ☐ Cursando: ☐ No Aplica: ☐  
Trabaja: Si: ☐ No: ☒ Dónde? Ingreso mensual: \$ Profesión/Oficio:  
Pertenece a alguna AC: Si: ☐ No: ☒Cuál?  
Pensión, Beca o Apoyo: Si: ☒ No: ☐ Dónde? Bienestar Monto pensión: \$ 3000 Frecuencia: Mensual  
Tipo de Seguridad Social: IMSS: ☒ ISSSTE: ☐ SSZ: ☐ Ninguno: ☐ Otro: ☐ No. de SS  
Pertenece a otro Grupo Vulnerable: Si: ☒ No: ☐Cuál(es)? Discapacidad

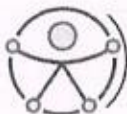
### DATOS MÉDICOS

Tipo de discapacidad: Física: ☒ Intelectual: ☐ Sensorial: ☐ Múltiple: ☐ Psicosocial: ☐  
Discapacidad: MOTORA AMPUTACION Grado: Describe: Amputación Transfemoral kg  
Usa Braille: Si: ☐ No: ☒ N/A: ☐ Sabe LSM?: Si: ☐ No: ☒ N/A: ☐ Sabe Lectura Labiofacial?: Si: ☐ No: ☒ N/A: ☐  
Causa: Nacimiento: ☐ Congénita: ☐ Genética: ☐ Hereditaria: ☐ Enfermedad: ☒ Accidente: ☐ Violencia: ☐ Adicción: ☐  
Otra: ☐ Desconoce: ☐ Especifique:  
Fecha inicio discapacidad: 6 meses Fuente de Valoración: CREE Fecha de Valoración: 11/07/2024  
Rehabilitación: Si: ☒ No: ☐ Dónde? CREE Fecha de Inicio: 07/24 Duración:  
Tipo de Sangre: ORht Tiene cirugías?: Si: ☒ No: ☐ Tipo de cirugía: Transplante riñon, ojo Derecho, Pierna  
Usa prótesis u órtesis?: Si: ☒ No: ☐ Tipo de prótesis u órtesis: Silla de Rodas  
Requiere asistencia/supervisión? Siempre: ☐ Tareas específicas: ☐ Nunca: ☐ Duración: Permanente: ☐ Temporal: ☒ N/A: ☐  
Alergias: Clindamicina Enfermedades: Diabetes  
Medicamentos: Insulina, Prednisona, citagliptina

### VIVIENDA

Propia: ☒ Prestada: ☐ Rentada: ☐ Está a su nombre?: Si: ☒ No: ☐  
Tipo de vivienda: Casa: ☒ Departamento: ☐ Vecindad: ☐ Otro: ☐  
No. de dormitorios: 3 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? Si: ☒ No: ☐ Indique de quién: 1 Núm. dependientes económicos? 1





## INTEGRACIÓN FAMILIAR

Nombre:	Parentesco:	Edad:	Escolaridad:	Profesión u Oficio:	Discapacidad:	Ingreso:	Teléfono:
Maria de Lourdes Juanillo	Esposa	64	Licenciat	Hogar.			8993951
Lourdes Garcia Juanillo	Hija	42	Carrera T.	Desempleada			492544633
Victor Manuel " "	Hijo	23	Licenciat	Est.			
Domingo Emiliano	Nieto	11	Primaria	Est.			
Peres Garcia.							

## REFERENCIAS PERSONALES

Nombre:	Parentesco:	Domicilio:	Profesión u Oficio:	Teléfono:
Rosa Maria Montelongo	Vecina	C. Somalia # 46. Fracc. Africa.	Hogar.	492141 0551

## SERVICIOS SOLICITADOS

Folio:	Fecha Solicitud:	Tipo Solicitud:	Descripción:	Fecha Entrega:	Estatus:
	12-07-24.	Cred.	NO se entregó por		
	12-07-24	Targeton.	el sistema.		

Fecha de Actualización:

Firma del responsable del llenado:	Firma de Autorización de uso de Datos Personales:
Nohemi Trancoso Mtz.	Lourdes Zaiabeth Garcia Juanillo