



Zacatecas
GOBIERNO DEL ESTADO
2021-2027



INSTITUTO PARA LA ATENCIÓN E
INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS
CON DISCAPACIDAD
ESTADO DE ZACATECAS

FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente:

C-5621-48937

Fecha de Registro

2024-08-06 13:46:06

DATOS GENERALES

Nombre: JUAN ALVARADO ALMARAZ Género: Masculino Edad: 52 Estado Civil: Casado(a)
Fecha de nacimiento: 1972-06-24 Lugar de nacimiento: VETAGRANDE
CURP: AAAJ720624HZSLN09 RFC: AAAJ720624 Teléfono: Celular: 4924383025
Domicilio: ROSENDO RAYAS No. Ext: 202 No. Int.:
Colonia: GONZALEZ ORTEGA Entre vialidades: ROSENDO RAYAS
Descripción o referencia del lugar: EN FRENTE DE LA ESCUELA Y LA CANCHA DE FUTBOL RAPIDO
Estado: ZACATECAS Municipio: ZACATECAS Localidad: FRANCISCO I. MADERO
Asentamiento: FRANCISCO I. MADERO C.P: 98176 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: PENSIONADO
Pertenece a alguna AC: Sí: ☐ No: ☒Cuál? N/A
Pensión, Beca o Apoyo: Sí: ☒ No: ☐ Dónde? IMSS Monto pensión: \$280000 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: 21-Auditiva Hipoacusia Grado: 2-Moderado Describe: HIPOACUSIA 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: HIPOACUSIA BILATERAL
Fecha inicio discapacidad: 2020-01-01 Fuente de Valoración: Fecha de Valoración: 2021-08-11
Rehabilitación: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? Fecha de Inicio: Duración:
Tipo de Sangre: AB Rh - Tiene cirugías?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de cirugía: CATETER
Usa prótesis u órtesis?: Sí: ☐ No: ☒ Tipo de prótesis u órtesis:
Requiere asistencia/supervisión? Siempre: ☐ Tareas específicas: ☒ Nunca: ☐ Duración: Permanente: ☒ Temporal: ☐ N/A: ☐
Alergias: 132-PENICILINA Enfermedades: 2-HIPERTENSIÓN ARTERIAL
Medicamentos: 20-LOZARTAN, 87-PARACETAMOL

VIVIENDA

Propia: ☒ Prestada: ☐ Rentada: ☐ Está a su nombre?: Sí: ☒ No: ☐
Tipo de vivienda: Casa: ☒ Departamento: ☐ Vecindad: ☐ Otro:
No. de dormitorios: 1 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? 0

Página 1/2

Circuito Cerro del Gato S/N, Edificio K, Nivel 2
Ciudad Administrativa, C.P. 98160, Zacatecas, Zac.
inclusion@zacatecas.gob.mx Tels. 4924915088 y 89