

FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente:

C-1701-48961

Fecha de Registro

2024-08-12 14:41:56

DATOS GENERALES

Nombre: PABLO TORRES TORRES Género: Masculino Edad: 75 Estado Civil: Casado(a)
Fecha de nacimiento: 1949-06-28 Lugar de nacimiento: GUADALUPE ZACATECAS
CURP: TOTP490628HZSRRB07 RFC: TOTP490628 Teléfono: Celular: 19186886799
Domicilio: EMILIANO ZAPATA No. Ext: 7 No. Int: A
Colonia: CASA BLANCA Entre vialidades: FRANCISCO VILLA
Descripción o referencia del lugar: PASANDO LA IGLESIA PRINCIPAL
Estado: ZACATECAS Municipio: GUADALUPE Localidad: CASA BLANCA
Asentamiento: CASA BLANCA C.P.: 98620 Correo-e:
Sabe Leer? Sí: ☐ No: ☒ Estudia: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? N/A Habilidad:
Nivel escolaridad: Primaria 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? ADULTO MAYOR BIENESTAR Monto pensión: \$600000 Frecuencia: Bimestral
Tipo de Seguridad Social: IMSS: ☒ ISSSTE: ☐ SSZ: ☐ Ninguno: ☐ Otro: No. de SS:
Pertenece a otro Grupo Vulnerable: Sí: ☐ No: ☒Cuál(es)?

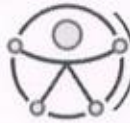
DATOS MÉDICOS

Tipo de discapacidad: Física: ☒ Intelectual: ☐ Sensorial: ☐ Múltiple: ☐ Psicosocial: ☐
Discapacidad: 01-Mudez Grado: 3-Grave Describe: CANCER DE GARGANTA LANRINGOTOMIA
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: CANCER DE GARGANTA LANRINGOTOMIA TOTAL
Fecha inicio discapacidad: 2015-02-13 Fuente de Valoración: IMSS Fecha de Valoración: 2024-08-05
Rehabilitación: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? Fecha de Inicio: Duración:
Tipo de Sangre: A Rh + Tiene cirugías?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de cirugía: LANRINGOTOMIA TOTAL
Usa prótesis u órtesis?: Sí: ☐ No: ☒ Tipo de prótesis u órtesis:
Requiere asistencia/supervisión? Siempre: ☐ Tareas específicas: ☐ Nunca: ☒ Duración: Permanente: ☐ Temporal: ☐ N/A: ☒
Alergias: Enfermedades: 11-ARTRITIS
Medicamentos:

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? 2

Página 1/2



INTEGRACIÓN FAMILIAR

Nombre:	Parentesco:	Edad:	Escolaridad:	Profesión u Oficio:	Discapacidad:	Ingreso:	Teléfono:
CELIA BECERRA CORONADO	Esposo(a)	72	Preescolar	HOGAR			
JAUN CARLOS TORRES BECERRA	Hijo(a)	34	Secundaria	HOGAR	MOTORA		

REFERENCIAS PERSONALES



Nombre:	Parentesco:	Domicilio:	Profesión u Oficio:	Teléfono:
JOAQUIN TORRES BECERRA	Hijo(a)	LOMAS DE GUADALUPE CASA BLANCA	CAMPO	4921339335

SERVICIOS SOLICITADOS

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

Fecha de Actualización:

Zacatecas, Zac. a 12-08-2024

Firma del responsable del llenado:	Firma de Autorización de uso de Datos Personales:
	
Raúl Fourzan Puente	PABLO TORRES 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>