



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

Número de Expediente:

C-5603-45104

Fecha de Registro

2022-10-06 00:00:00

### DATOS GENERALES

Nombre: ENRIQUE MACIAS DELGADO Género: MASCULINO Edad: 50 Estado Civil: SOLTERO (A)  
 Fecha de nacimiento: 1973-07-30 Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 CURP: MADE730730HZSCLN07 RFC: \_\_\_\_\_ Teléfono: (492) 101 - 3792 Celular: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: BENITO JUAREZ No. Ext: 331 No. Int.: \_\_\_\_\_  
 Colonia: C.N.O.P. Entre vialidades: POR TALLER MECANICO  
 Descripción o referencia del lugar: \_\_\_\_\_  
 Estado: ZACATECAS Municipio: ZACATECAS Localidad: ZACATECAS  
 Asentamiento: CNOP C.P.: 98053 Correo-e: \_\_\_\_\_  
 Sabe Leer? Sí: ☐ No: ☒ Estudia: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? \_\_\_\_\_ Habilidad: \_\_\_\_\_  
 Nivel escolaridad: \_\_\_\_\_ Concluida: ☐ Trunca: ☒ Cursando: ☐ No Aplica: ☐  
 Trabaja: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? \_\_\_\_\_ Ingreso mensual: \$ \_\_\_\_\_ Profesión/Oficio: JUBILADO/PENSIC  
 Pertenece a alguna AC: Sí: ☐ No: ☒ Cuál? \_\_\_\_\_  
 Pensión, Beca o Apoyo: Sí: ☒ No: ☐ Dónde? IMSS Monto pensión: \$9500.0000 Frecuencia: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Seguridad Social: IMSS: ☒ ISSSTE: ☐ SSZ: ☐ Ninguno: ☐ Otro: \_\_\_\_\_ No. de SS: 0  
 Pertenece a otro Grupo Vulnerable: Sí: ☐ No: ☒ Cuál(es)? \_\_\_\_\_

### DATOS MÉDICOS

Tipo de discapacidad: Física: ☒ Intelectual: ☐ Sensorial: ☐ Múltiple: ☐ Psicosocial: ☐  
 Discapacidad: 03-Motora Grado: \_\_\_\_\_ Describe: COXATROSIS  
 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: \_\_\_\_\_  
 Fecha inicio discapacidad: \_\_\_\_\_ Fuente de Valoración: IMSS Fecha de Valoración: \_\_\_\_\_  
 Rehabilitación: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? \_\_\_\_\_ Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Sangre: O Rh + Tiene cirugías?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de cirugía: CADERA  
 Usa prótesis u órtesis?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de prótesis u órtesis: MULETAS  
 Requiere asistencia/supervisión? Siempre: ☐ Tareas específicas: ☐ Nunca: ☐ Duración: Permanente: ☐ Temporal: ☐ N/A: ☐  
 Alergias: \_\_\_\_\_ Enfermedades: 1-DIABETES MELLITUS  
 Medicamentos: \_\_\_\_\_

### VIVIENDA

Propia: ☐ Prestada: ☒ Rentada: ☐ Está a su nombre?: Sí: ☐ No: ☒  
 Tipo de vivienda: Casa: ☐ Departamento: ☐ Vecindad: ☐ Otro: \_\_\_\_\_  
 No. de dormitorios: 7 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? Sí: ☐ No: ☒ Indique de quién: \_\_\_\_\_ Núm. dependientes económicos? 4

Página 1/2



## INTEGRACIÓN FAMILIAR

Nombre:	Parentesco:	Edad:	Escolaridad:	Profesión u Oficio:	Discapacidad:	Ingreso:	Teléfono:
ADRINA MARTINEZ LUNA	ESPOSO(A)	50	6	130		5000.00	0
EDSON JAZIEL MACIAS MARTINEZ	HIJO(A)	18	6	6		0.00	0
EDNA MELANI MACIAS MARTINEZ	HIJO(A)	16	4	6		0.00	0

## REFERENCIAS PERSONALES



Nombre:	Parentesco:	Domicilio:	Profesión u Oficio:	Teléfono:
EDNA MELANI MACIAS MARTINEZ	HIJO(A)		3	0

## 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:
	
Raúl Fourzan Puente	ENRIQUE MACIAS DELGADO

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>