



INSTITUTO PARA LA  
ATENCIÓN E INCLUSIÓN  
DE LAS PERSONAS CON  
DISCAPACIDAD

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

Número de expediente: C-4413-48874 Fecha de registro: Día: 25 Mes: 04 Año: 2024

#### DATOS GENERALES

Nombre: Elias Padilla Valdivia / H<sup>o</sup> / M / Edad: 68 / Estado Civil: Casado  
Fecha de nacimiento: Día 07 / Mes 09 / Año 1955 / Lugar de nacimiento: Tabasco Zac  
Tipo de vialidad: Emiliano Zapata #Ext: 34 #Int: \_\_\_\_\_  
Col: Pedro Raygoza Entre Vialidades: Calle Principal  
Descripción de lugar o alguna referencia: Por la Preparatoria  
Localidad: Los Sauces Municipio: Tabasco C.P. 99630  
Tel. Part: 463 9570 455 Celular: \_\_\_\_\_ Escolaridad: Primaria  
Profesión/oficio: Ahogar CURP: PAVESS0907HZSDIL09 RFC: PAVESS 0907  
Estudia: SI / NO / Dónde: \_\_\_\_\_ Habilidad: \_\_\_\_\_  
Trabaja: SI / NO / Dónde: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \$ 3000  
Pertenece a alguna asociación: SI / NO / ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
Pertenece a algún sindicato: SI / NO / ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
Pensionado: SI / NO / Dónde: Adultos Mayores Monto Pensión: \$ 3000  
Tipo de Seguridad Social: IMSS ISSSTE SSZ Otro: INSABI No. \_\_\_\_\_

#### DATOS MÉDICOS

Discapacidad: MOTORA ENF. ART. DEGENERATIVA Grado: II GONARTROSIS BILATERAL  
Tipo de Discapacidad: FÍSICA ☒ / INTELECTUAL ☐ / SENSORIAL ☐ / MÚLTIPLE ☐  
Causa: Congénita ☐ / Adquirida ☐ / Accidente ☐ / Enfermedad ☒ / Nacimiento ☐ / Adicción ☐ / Otro: \_\_\_\_\_  
Temporalidad: \_\_\_\_\_ Valoración: SI / NO / Fuente de Valoración: SSZ  
Rehabilitación: SI / NO / ¿Dónde? \_\_\_\_\_  
Fecha de Inicio: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / Fecha de término: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / Tipo de Sangre: O+  
¿Ha tenido Cirugías? SI / NO Tipo de Cirugía: Hernias  
Enfermedades: \_\_\_\_\_  
Medicamentos: \_\_\_\_\_  
Alergias: \_\_\_\_\_  
¿Usa Prótesis u Órtesis? SI / NO / ¿De qué Tipo? \_\_\_\_\_

#### ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

Vivienda: Propia ☒ / Prestada ☐ / Rentando ☐ / \$ \_\_\_\_\_ La está pagando ☐ / \$ \_\_\_\_\_  
Características de la vivienda: Casa ☒ / Departamento ☐ / Vecindad ☐ / Otra \_\_\_\_\_  
Número de habitaciones: 3 Cocina ☒ / Sala ☐ / Baño ☒ / Otros: \_\_\_\_\_  
Techo: Lamina ☐ / Cemento ☒ / Otros ☐ Pared: Block ☐ / Ladrillo ☒ / Adobe ☐ / Otro \_\_\_\_\_  
**Servicios Básicos:** Agua potable ☒ / Luz eléctrica ☒ / Drenaje ☐ / Cable ☐ / Internet ☐ / Celular ☐ / Carro ☒  
Gas ☐ / teléfono ☒ Fosa  
**Electrodomésticos:** T.V. ☒ / Lavadora ☐ / Estéreo ☐ / Microondas ☐ / Computadora ☒ / Licuadora ☐ / DVD ☐  
Estufa ☐  
Personas que dependen de usted económicamente: 1 ¿Tiene Deudas? SI / NO / \$ \_\_\_\_\_





INSTITUTO PARA LA  
ATENCIÓN E INCLUSIÓN  
DE LAS PERSONAS CON  
DISCAPACIDAD

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

### INTEGRACIÓN FAMILIAR

Nombre	Parentesco	Edad	Escolaridad	Prof/Oficio	Discapacidad	Ingreso
Amalia Perez Ramirez	Esposa	62	Primaria	Hogar	Ninguna	—

### REFERENCIAS PERSONALES

Nombre	Parentesco	Dirección	Prof/Oficio	Celular
Guadalupe Padilla	Hijo	Los Sauces	Agricultor	463 106 4127

### SERVICIOS

Solicitud: Targeton.

Apoyos Entregados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Jorge Luis Rodríguez Ortega  
Nombre y Firma Del responsable De Llenado

Chas Padilla V  
Nombre y Firma de Autorización de uso de datos  
personales

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 y Datos personales en Posesión de los Sujetos obligados del Estado de Zacatecas. Si deseas mas información puedes consultar nuestro aviso de privacidad en: <http://inclusión.zacatecas.gob.mx/aviso-de-privacidad/>