

FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente:

C-5603-48941

Fecha de Registro

2024-08-07 10:41:42

DATOS GENERALES

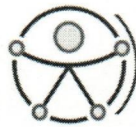
Nombre: JOSE LUIS VARGAS SANCHEZ Género: Masculino Edad: 79 Estado Civil: 0
Fecha de nacimiento: 1944-08-17 Lugar de nacimiento: GUASAVE
CURP: VASL440817HSLRNS02 RFC: VASL440817 Teléfono: Celular: 9189555461
Domicilio: BEGONIAS No. Ext: 146 No. Int.:
Colonia: FRACC. FELIPE ANGELES Entre vialidades: MALVAS Y BEGONIAS
Descripción o referencia del lugar: A 2 CUADRAS DE SECUNDARIA Y PRIMARIA
Estado: ZACATECAS Municipio: ZACATECAS Localidad: ZACATECAS
Asentamiento: FRACC FELIPE ANGELES C.P: 98054 Correo-e:
Sabe Leer? Sí: ☒ No: ☐ Estudia: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? N/A Habilidad:
Nivel escolaridad: Licenciatura 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: \$690000 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: 03-Motora Grado: 1-Leve Describe: POSTOPERADO DE CORAZON
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: INSUFICIENCIA CARDIACA
Fecha inicio discapacidad: 2020-05-20 Fuente de Valoración: IMSS Fecha de Valoración: 2024-08-06
Rehabilitación: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? Fecha de Inicio: Duración:
Tipo de Sangre: O Rh + Tiene cirugías?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de cirugía: CORAZON Y CAUTERIZARON ULCERAS GASTR
Usa prótesis u órtesis?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de prótesis u órtesis: OCASIONALMENTE SILLA DE RUEDAS
Requiere asistencia/supervisión? Siempre: ☐ Tareas específicas: ☒ Nunca: ☐ Duración: Permanente: ☐ Temporal: ☒ N/A: ☐
Alergias: Enfermedades: 2-HIPERTENSIÓN ARTERIAL
Medicamentos: 20-LOZARTAN, 70-ASPIRINA

VIVIENDA

Propia: ☒ Prestada: ☐ Rentada: ☐ Está a su nombre?: Sí: ☒ No: ☐
Tipo de vivienda: Casa: ☒ Departamento: ☐ Vecindad: ☐ Otro: ☐
No. de dormitorios: 3 Cocina: ☒ Sala: ☒ Baño: ☒ Num. Baños: 2 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



INTEGRACIÓN FAMILIAR

Nombre:	Parentesco:	Edad:	Escolaridad:	Profesión u Oficio:	Discapacidad:	Ingreso:	Teléfono:
---------	-------------	-------	--------------	---------------------	---------------	----------	-----------

REFERENCIAS PERSONALES

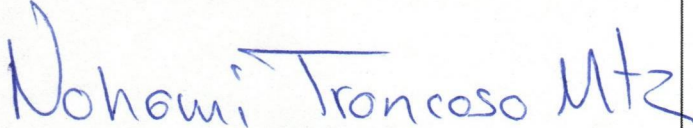

Nombre:	Parentesco:	Domicilio:	Profesión u Oficio:	Teléfono:
ANA JULIA VARGAS LOMELI	Hijo(a)	WOODBIDGE	MAESTRA	9512887569

SERVICIOS SOLICITADOS

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

Fecha de Actualización:

Zacatecas, Zac. a 07-08-2024

Firma del responsable del llenado:	Firma de Autorización de uso de Datos Personales:
	
Nohemi Troncoso Martínez	JOSE LUIS VARGAS SANCHEZ

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>