



FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente:

C-5603-20637

Fecha de Registro

2012-06-25 00:00:00

DATOS GENERALES

Nombre: BENJAMIN VEGA FLORES Género: MASCULINO Edad: 48 Estado Civil: _____
Fecha de nacimiento: 1976-07-10 Lugar de nacimiento: _____
CURP: VEFB760710HZSGLN03 RFC: VEFB760710 Teléfono: (492) 146 - 2954 Celular: _____
Domicilio: DEL PUENTE No. Ext: 7 No. Int.: S/N
Colonia: LA ESCONDIDA Entre vialidades: C. LAS MARGARITAS Y C. ISABEL
Descripción o referencia del lugar: _____
Estado: ZACATECAS Municipio: ZACATECAS Localidad: LA ESCONDIDA
Asentamiento: 0 C.P.: 98170 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: \$2100.0000 Frecuencia: _____
Tipo de Seguridad Social: IMSS: ☒ ISSSTE: ☐ SSZ: ☐ Ninguno: ☐ Otro: _____ No. de SS: 34917404534
Pertenece a otro Grupo Vulnerable: Sí: ☐ No: ☒Cuál(es)? _____

DATOS MÉDICOS

Tipo de discapacidad: Física: ☒ Intelectual: ☐ Sensorial: ☐ Múltiple: ☐ Psicosocial: ☐
Discapacidad: 03-Motora Grado: _____ Describe: _____
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: A Rh + Tiene cirugías?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de cirugía: DE COLUMNA
Usa prótesis u órtesis?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de prótesis u órtesis: BASTON
Requiere asistencia/supervisión? Siempre: ☐ Tareas específicas: ☐ Nunca: ☐ Duración: Permanente: ☐ Temporal: ☐ N/A: ☐
Alergias: -DICLOXACILINA, -TRIMETROPRIM Enfermedades: 2-HIPERTENSIÓN ARTERIAL
Medicamentos: 3-CAPTOPRIL

VIVIENDA

Propia: ☐ Prestada: ☒ Rentada: ☐ Está a su nombre?: Sí: ☐ No: ☒
Tipo de vivienda: Casa: ☐ Departamento: ☐ Vecindad: ☐ Otro: _____
No. de dormitorios: 4 Cocina: ☐ Sala: ☐ Baño: ☐ Num. Baños: _____ Interior: ☐ Exterior: ☐ Otro: _____
Techo: Cemento: ☒ Lámina: ☐ Otro: _____ Pared: Block: ☐ Ladrillo: ☐ Adobe: ☐ Otro: 0
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? 6

INTEGRACIÓN FAMILIAR

Nombre:	Parentesco:	Edad:	Escolaridad:	Profesión u Oficio:	Discapacidad:	Ingreso:	Teléfono:
SANDRA NUÑEZ	OTRO	36	4	3		0.00	0
BENJAMIN	OTRO	19	3	36		3400.00	0
MARIANA	OTRO	13	3	6	13	0.00	0
VALERIA	OTRO	10	2	6		0.00	0
MANUEL	OTRO	5	8	6		0.00	0


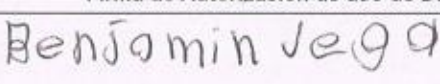
REFERENCIAS PERSONALES

Nombre:	Parentesco:	Domicilio:	Profesión u Oficio:	Teléfono:
MANUEL	OTRO		130	0

SERVICIOS SOLICITADOS

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

Fecha de Actualización:
Zacatecas, Zac. a 31-07-2024

Firma del responsable del llenado:	Firma de Autorización de uso de Datos Personales:
	
Raúl Fourzan Puente	BENJAMIN VEGA FLORES

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>