



Zacatecas
GOBIERNO DEL ESTADO
2021-2027



INSTITUTO PARA LA ATENCIÓN E
INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS
CON DISCAPACIDAD
ESTADO DE ZACATECAS

FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente:

C-1713-48908

Fecha de Registro

2024-07-26 14:13:25

DATOS GENERALES

Nombre: GUILLERMO SUAREZ DEL REAL SARACHO Género: Masculino Edad: 86 Estado Civil: Casado(a)
Fecha de nacimiento: 1937-07-28 Lugar de nacimiento: ZACATECAS
CURP: SUSG370728HZSRRL08 RFC: SUSG370728 Teléfono: 49249212316 Celular: 4921232905
Domicilio: C. FERROCARRIL No. Ext: 26 No. Int.:
Colonia: FRACCIONAMIENTO LA ESTACIÓN Entre vialidades: FERRONI
Descripción o referencia del lugar: A UN LADO DE UN OXXO Y DE UNA CREMERÍA
Estado: ZACATECAS Municipio: GUADALUPE Localidad: GUADALUPE
Asentamiento: LA ESTACIÓN C.P.: 98607 Correo-e:
Sabe Leer? Sí: ☒ No: ☐ Estudia: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? N/A Habilidad:
Nivel escolaridad: Técnica 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? PEMEX Monto pensión: \$2000000 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: 13-Enfermedad Articular Degenerativa 4-Severo Descripción: OSTEOARTROSIS Y GONARTROSIS
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: GONARTROSIS
Fecha inicio discapacidad: 2014-01-01 Fuente de Valoración: IMSS Fecha de Valoración: 2024-05-20
Rehabilitación: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? Fecha de Inicio: Duración:
Tipo de Sangre: A Rh + Tiene cirugías?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de cirugía: CASQUERA, VESÍCULA, ANGINAS
Usa prótesis u órtesis?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de prótesis u órtesis: BASTÓN Y SILLA DE RUEDAS
Requiere asistencia/supervisión? Siempre: ☐ Tareas específicas: ☒ Nunca: ☐ Duración: Permanente: ☒ Temporal: ☐ N/A: ☐
Alergias: Enfermedades: 1-DIABETES MELLITUS
Medicamentos: 1-INSULINA, 6-METFORMINA

VIVIENDA

Propia: ☐ Prestada: ☒ Rentada: ☐ Está a su nombre?: Sí: ☐ No: ☒
Tipo de vivienda: Casa: ☒ Departamento: ☐ Vecindad: ☐ Otro: ☐
No. de dormitorios: 2 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? 0

Página 1/2

Circuito Cerro del Gato S/N, Edificio K, Nivel 2
Ciudad Administrativa, C.P. 98160, Zacatecas, Zac.
inclusion@zacatecas.gob.mx Tels. 4924915088 y 89