



FORMATO DE REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD / TRABAJO SOCIAL

Número de expediente:

Fecha de registro:

DATOS GENERALES:

Nombre: _____ Género: _____ Edad: _____
Estado Civil: _____ Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____
CURP: _____ RFC: _____ Teléfono: _____ Celular: _____
Domicilio: _____ No. Ext.: _____ No. Int.: _____
Colonia: _____ Entre vialidades: _____
Descripción o referencia del lugar: _____
Estat: _____ Municipio: _____ Localidad: _____
Asentamiento: _____ C.P.: _____ Correo-e: _____
Sabe leer? Si:___/ No: ___/ Estudia? Si:___/ No: ___/ Dónde? _____
Habilidad: _____ Escolaridad: _____ Concluida: ___/ Trunca: ___/ Cursando: ___/
No Aplica: ___/ ¿Trabaja? Si:___/ No: ___/ Dónde? _____ Ingreso Mensual: \$ _____
Profesión/Oficio: _____ Pertenece a alguna A.C. Si:___/ No: ___/ Dónde? _____
Pensión, Beca o apoyo: Si:___/ No: ___/ Dónde? _____
Monto de pensión: \$ _____ Frecuencia: _____
Seguridad Social: IMSS___/ ISSSTE___/ SSZ___/ Ninguno: ___/ otro _____ No. SS.: _____
Pertenece a un grupo vulnerable: Si:___/ No: ___/ ¿Cuál(es): _____

DATOS MÉDICOS

Tipo de Discapacidad: Física: ___/ Intelectual: ___/ Sensorial: ___/ Múltiple: ___/ Psicosocial: ___/
Discapacidad: _____ Grado: _____
Descripción: _____
Usa Braille: Si:___/ No: ___/ N/A: ___/ Sabe LSM: Si:___/ No: ___/ N/A: ___/ Sabe lectura labiofacial: Si:___/ No: ___/ N/A: ___/
Causa: Nacimiento___/ Congénito ___/ Genético___/ Hereditario___/ Enfermedad___/ Accidente___/ Violencia___/
Adicción___/ Desconoce___/ Otro___/ especifique: _____
Inicio de discapacidad: _____ Fuente de valoración: _____ Fecha de valoración: _____
Rehabilitación: Si:___/ No: ___/ N/A: ___/ Dónde?: _____ F. inicio: _____ Duración: _____
Tipo de sangre: _____ Tiene cirugías: Si:___/ No: ___/ Tipo de cirugías: _____
Usa prótesis u órtesis: Si:___/ No: ___/ Tipo de prótesis u órtesis: _____
Requiere asistencia/supervisión: siempre___/ tareas específicas___/ nunca___/ Duración: permanente___/ Temporal___/ N/A___/
Alergias: Si:___/ No: ___/ Cuáles: _____
Enfermedades: _____
Medicamentos: Si:___/ No: ___/ Cuáles: _____



VIVIENDA

Propia: ___/ Prestada: ___/ Rentada: ___/ La vivienda está a su nombre: Si:___/ No: ___/

Tipo de vivienda: Casa: ___/ Departamento: ___/ Vecindad: ___/ Otro: _____

No. de dormitorios: _____ Cocina: ___/ Sala: ___/ Baño: ___/ No. 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: Si:___/ No: ___/De quién:_____. No. dependientes económicos:_____

INTEGRACIÓN FAMILIAR:

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	PROF/OFIC	DISCAPACIDAD	INGRESO	TELÉFONO

REFERENCIA:

NOMBRE	PARENTESCO	DOMICILIO	PROF/OFIC	TELÉFONO

SERVICIOS SOLICITADOS:

FECHA DE SOLICITUD	TIPO DE SOLICITUD	DESCRIPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	ESTATUS

FECHA DE ACTUALIZACIÓN

FIRMA DE RESPONSABLE DE LLENADO

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 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>.