



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

Número de Expediente  Fecha de registro: Día  Mes  Año

**DATOS GENERALES**

Nombre:   H  M Edad  Estado Civil

Fecha de Nacimiento: Día  Mes  Año  Lugar de Nacimiento

Calle:  Número:  Colonia

Localidad  Municipio

C. P.  Teléfono:  Particular  Caseta  Celular

Escolaridad  Profesión / Oficio  RFC

CURP:  Correo electrónico:

Habilidad  ¿Estudia?  Si  No  ¿Dónde?

Trabaja  Si  No  ¿Dónde?  Pertenece a alguna asociación:  Si  No

¿Cuál?  Pertenece a algún sindicato:  Si  No

¿Cuál?  Pensionado  Si  No

¿Dónde?  Monto de la Pensión: \$  Derechohabiente:  INFONAVIT  FOVISSSTE

NSS

**DATOS MÉDICOS**

Tipo de Discapacidad:  Grado:  Causa de la Discapacidad: Congénita  Adquirida  Accidente  Enfermedad  Nacimiento  Adicción  Otro

Temporalidad:  Valoración  Si  No  Fuente de la valoración

Rehabilitación  Si  No  ¿Dónde?  Fecha de inicio: Día  Mes  Año

Fecha de término: Día  Mes  Año  Tipo de Sangre:  Servicio Médico  Si  No

¿Cuál?  ¿Ha tenido cirugía?  Si  No  Tipo de cirugía:

Enfermedades:

Medicamentos:

Alergias:

¿Usa prótesis u órtesis?  Si  No  ¿De qué tipo?

**ESTUDIO SOCIOECONÓMICO**

Vivienda: Propia  Prestada  Rentada  \$  La esta pagando \$

Características de la vivienda: Casa  Departamento  Vecindad  Otra

Número de habitaciones:  Cocina  Sala  Baño  Otros:

Techo: Lámina  Cemento  Otro:  Pared:

Servicios: Agua potable  Drenaje  Luz eléctrica  Gas  Internet  Cable  Teléfono  Celular

Carro

Electrodomésticos: Televisión  Estufa  Lavadora  Estéreo  Microondas  Computadora

Licadora  DVD

Número de personas que dependen de usted económicamente:  ¿Tiene deudas?:  Si  No  ¿A cuánto asciende la deuda: \$