

DATOS GENERALES:

Nombre: _____ Género: _____

Edad: _____

Estado Civil: _____ Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

CURP: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

Domicilio: _____ No. Ext.: _____

Colonia: _____ Entre vialidades: _____

Descripción o referencia del lugar: _____

Estado: _____ Municipio: _____ Localidad: _____

Asentamiento: _____ C.P.: _____

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: _____

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:

pág. 1

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: ☐

Licuada ☐ / Estufa: ☐ / Refrigerador: ☐ / Otro: _____

Es dependiente económico: Si: ☐ / No: ☐ De quién: _____ No. dependientes económicos: _____

OBSERVACIONES

—