



FORMATO DE PRE-REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD / ENLACES MUNICIPALES

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: _____
 Estad: _____ 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>.