



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
Tipo de Vialidad: No Int: No Ext: Colonia:
Entre Vialidades:
Describa el lugar:
Localidad: Municipio: C. P.
Teléfono Particular Celular Escolaridad
Profesión/Oficio RFC CURP:
Correo electrónico Habilidad
¿Estudia? Sí No ¿Dónde?
Trabaja Sí No ¿Dónde? Ingreso Mensual \$
Pertenece a alguna asociación: Sí No ¿Cuál?
Pertenece a algún sindicato: Sí No ¿Cuál?
Pensionado: Sí No ¿Dónde? Monto de la Pensión: \$
Derechohabiente: Tipo de Seguridad Social NSS

DATOS MÉDICOS

Tipo de Discapacidad: Grado:
Causa de la Discapacidad: Congénita Adquirida Accidente Enfermedad Nacimiento
Adicción Otro Temporalidad: Valoración Sí No
Fuente de la valoración Rehabilitación Sí No ¿Dónde?
Fecha de inicio: Día Mes Año Fecha de término: Día Mes Año
Tipo de Sangre:
¿Ha tenido cirugía? Sí No Tipo de cirugía:
Enfermedades:
Medicamentos:
Alergias
¿Usa prótesis u órtesis? Sí 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
Licuadora DVD
Número de personas que dependen de usted económicamente:
¿Tiene deudas?: Sí No ¿A cuánto asciende la deuda:

