

FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente:

C-5632-2018

Fecha de Registro:

2001-02-02 00:00:00

DATOS GENERALES

Nombre: ANTONIA ABUNDIO GONZÁLEZ Género: Femenino Edad: 33 Estado Civil: Casado(a)
 Fecha de nacimiento: 1991-01-01 Lugar de nacimiento: ZACATECAS
 CURP: AUGA910101MZSBNN18 RFC: AUGA910101 Teléfono: _____ Celular: 4922896559
 Domicilio: 2A. DE GUERRERO No. Ext: 716 No. Int.: S/N
 Colonia: CENTRO Entre vialidades: CENTRO DE ZACATECAS
 Descripción o referencia del lugar: CENTRO
 Estado: ZACATECAS Municipio: ZACATECAS Localidad: ZACATECAS
 Asentamiento: CENTRO C.P.: 98000 Correo-e: _____
 Sabe Leer? Sí: ☒ No: ☐ Estudia: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? _____ Habilidad: _____
 Nivel escolaridad: Primaria Concluida: ☒ Trunca: ☐ Cursando: ☐ No Aplica: ☐
 Trabaja: Sí: ☒ No: ☐ Dónde? _____ Ingreso mensual: \$ Menor a 4,500 Profesión/Oficio: EMPLEADA DOME
 Pertenecer a alguna AC: Sí: ☐ No: ☒ Cuál? _____
 Pensión, Beca o Apoyo: Sí: ☒ No: ☐ Dónde? _____ Monto pensión: \$155000 Frecuencia: Mensual
 Tipo de Seguridad Social: IMSS ISSSTE: ☐ SSZ: ☒ Ninguno: ☐ Otro: _____ No. de SS: _____
 Pertenecer a otro Grupo Vulnerable: Sí: ☒ No: ☐ Cuál(es)? 6-Madre Soltera

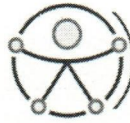
DATOS MÉDICOS

Tipo de discapacidad: Física: ☐ Intelectual: ☒ Sensorial: ☐ Múltiple: ☐ Psicosocial: ☐
 Discapacidad: 32-Intelectual DM Grado: 1-Leve Describe: EPILEPSIA CON RETRASO PSICOMOTOR
 Usa Braille: Sí: ☐ No: ☐ N/A: ☒ Sabe LSM?: Sí: ☐ No: ☐ N/A: ☒ Sabe Lectura Labiofacial?: Sí: ☐ No: ☐ N/A: ☒
 Causa: Nacimiento: ☐ Congénita: ☐ Genética: ☐ Hereditaria: ☐ Enfermedad: ☒ Accidente: ☐ Violencia: ☐ Adicción: ☐
 Otra: ☐ Desconoce: ☐ Especifique: EPILEPSIA
 Fecha inicio discapacidad: 1991-01-01 Fuente de Valoración: SSZ Fecha de Valoración: 2023-04-26
 Rehabilitación: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? _____ Fecha de Inicio: _____ Duración: _____
 Tipo de Sangre: O Rh + Tiene cirugías?: Sí: ☐ No: ☒ Tipo de cirugía: _____
 Usa prótesis u órtesis?: Sí: ☐ No: ☒ Tipo de prótesis u órtesis: _____
 Requiere asistencia/supervisión? Siempre: ☐ Tareas específicas: ☒ Nunca: ☐ Duración: Permanente: ☐ Temporal: ☐ N/A: ☐
 Alergias: _____ Enfermedades: 2-HIPERTENSIÓN ARTERIAL
 Medicamentos: _____

VIVIENDA

Propia: ☐ Prestada: ☒ Rentada: ☐ Está a su nombre?: Sí: ☐ No: ☒
 Tipo de vivienda: Casa: ☐ Departamento: ☐ Vecindad: ☐ Otro: ☐
 No. de dormitorios: 0 Cocina: ☐ Sala: ☐ Baño: ☐ Num. 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? Sí: ☐ No: ☒ Indique de quién: _____ Núm. dependientes económicos? 0

Página 1/2



INTEGRACIÓN FAMILIAR

Nombre:	Parentesco:	Edad:	Escolaridad:	Profesión u Oficio:	Discapacidad:	Ingreso:	Teléfono:
GRACIANO DURON REYES	Otro(a)	63	Preparatoria	EMPLEADO		8400	4924095429

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre:	Parentesco:	Domicilio:	Profesión u Oficio:	Teléfono:
NADIA RODRIGUEZ RODRGUEZ	Amigo(a)	CENTRO DE ZACATECAS	COMERCIANTE	4921618145

SERVICIOS SOLICITADOS

Folio:	Fecha Solicitud:	Tipo Solicitud:	Descripción:	Fecha Entrega:	Estatus:
--------	------------------	-----------------	--------------	----------------	----------

Fecha de Actualización: 2024-07-31 11:42:16

Zacatecas, Zac. a 31-07-2024

Firma del responsable del llenado:	Firma de Autorización de uso de Datos Personales:
Nohemi Troncoso Martínez	ANTONIA ABUNDIO GONZÁLEZ

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>