



# FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

DATOS GENERALES	Número de Expediente: C-5029-48927 Fecha de Registro 2024-08-01 13:45:13
Nombre:   SANDRA REVILLA TORRES   Género: Femenino   Edad:   38   Estado Civil: Casado(a)	DATOS GENERALES
Current   Curr	
Domicilio: DE LA ESMERALDA	Fecha de nacimiento: 1985-08-29 Lugar de nacimiento: ZACATECAS
Colonia: CENTRO	CURP: RETS850829MZSVRN04 RFC: RETS850829 Teléfono: Celular: 4921026764
Descripción o referencia del lugar: CERCA DEL CENTRO DE SALUD  Estado: ZACATECAS Município: VETAGRANDE	Domicilio: DE LA ESMERALDA No. Ext: 4 No. Int.:
Estado: ZACATECAS Município: VETAGRANDE   Localidad: VETAGRANDE    Asentamiento: centro   C.P.   98140   Correo-e:    Sabe Leer? Si:   No:   Studia: Si:   No:   Donde?   N/A   Correo-e:    Nivel escolaridad: Secundaria   Concluida:   Trunca:   Cursando:   No Aplica:    Trabaja: Si:   No:   Dónde?   N/A   Ingreso mensual: \$ Profesión/Oficio: HOGAR    Pertenece a alguna AC: Si:   No:   Dónde?   N/A   Monto pensión: \$160000   Frecuencia:   Mensual    Tipo de Seguridad Social:   MSS:   ISSSTE:   SSZ:   Ninguno:   Ofro:   No. de SS:    Pertenece a otro Grupo Vulnerable: Si:   No:   Cuál(es)?    DATOS MÉDICOS   Tipo de discapacidad:   Fisica:   Intelectual:   Sensorial:   Múltiple:   Psicosocial:    Discapacidad:   29-Hemiparesia   Grado:   2-Moderado   Describa:   SECUELAS DE EVC    Usa Braile: Si:   No:   N/A:   Sabe LSM?:   Si:   No:   N/A:   Sabe Lectura Labiofacial?:   Si:   No:   N/A:   V    Causa:   Nacimiento:   Congénita:   Genética:   Hereditaria:   Enfermédad:   Accidente:   Violencia:   Adicción:    Otra:   Desconoce:   Especifique:   SECUELAS DE EVC    Fecha inicio discapacidad:   2022-07-29   Fuente de Valoración:   SECUELAS DE EVC    Fecha de lnicio   2024-04-20   Duración:   18 meses o más    Tipo de Sangre:   O Rh + Tiene cirugías?:   Si:   No:   Tipo de protesis u órtesis?:   Si:   No:   Tipo de protesis u órtesis:   SILLA DE RUEDAS    Requiere asistencia/supervisión?   Siempre:   Tareas específicas:   Munca:   Duración:   Permanente:   V Temporal:   N/A:    VIVIENDA   Propia:   Prestada:   Rentada:   Está a su nombre?:   Si:   No:   N/A:    Tipo de devivienda:   Casa:   V Departamento:   Vecindad:   Otro:    No. de dormitorios:   2 Cocina:   Sala:   Baño:   Num. Baños:   Interior:   Exterior:   Otro:    Techo.   Cemento:   V Lámina:   Otro:   Pared: Block:   Ladrillo:   Adobe:   Otro:    Electrodomésticos:   Lavadora:   Disp. Inteligente:   Microondas:   I.V.:   Computadora:   Licuadora:   V	Colonia: CENTRO Entre vialidades: C. RUBI Y LA MATANZA
Asentamiento: Centro Centro C.P.: 98140 Correo-e: Sabe Leer? Si: V No: Estudia: Si: No: V Donde? NIA	Descripción o referencia del lugar: CERCA DEL CENTRO DE SALUD
Sabe Leer? Si:	Estado: ZACATECAS Municipio: VETAGRANDE Localidad: VETAGRANDE
Nivel escolaridad:    Secundaria	Asentamiento: centro C.P: 98140 Correo-e:
Trabaja: Si: No: V Dónde? N/A Ingreso mensual: \$ Profesión/Oficio: HOGAR  Pertenece a alguna AC: Si: No: V Cuál? N/A  Pensión, Beca o Apoyo: Si: V No: Dónde? Monto pensión: \$160000 Frecuencia: Mensual  Tipo de Seguridad Social: IMSS: ISSSTE: SSZ: V Ninguno: Ofro: No. de SS:  Pertenece a otro Grupo Vulnerable: Si: No: V Cuál(es)?  DATOS MÉDICOS  Tipo de discapacidad: Física: V Intelectual: Sensorial: Multiple: Psicosocial:  Discapacidad: 29-Hemiparesia Grado: 2-Moderado Describa: SECUELAS DE EVC  Usa Braile: Si: No: N/A: V Sabe LSM?: Si: No: N/A: V Sabe Lectura Labiofacial?: Si: No: N/A: V  Causa: Nacimiento: Congénita: Genética: Hereditaria: Enfermédad: V Accidente: Violencia: Adicción:  Otra: Desconoce: Especifique: SECUELAS DE EVC  Fecha inicio discapacidad: 2022-07-20 Fuente de Valoración: CREE Fecha de Valoración: 2024-07-29  Rehabilitación: Si: V No: Dónde? CREE Fecha de Inicio: 2024-04-20 Duración: 18 meses o más  Tipo de Sangre: O Rh + Tiene cirugias?: Si: V No: Tipo de cirugia: NARIZ  Usa prótesis u órtesis?: Si: V No: Tipo de prótesis u órtesis: SILLA DE RUEDAS  Requiere asistencia/supervisión? Siempre: V Tareas específicas: Nunca: Duración: Permanente: V Temporal: N/A: Alergias:  Enfermedades:  Medicamentos: 7-VALPROATO DE MAGNESIO, 40-LAMOTRIGINA  VIVIENDA  Propia: Prestada: V Rentada: Está a su nombre?: Sí: No: V  Tipo de vivienda: Casa: V Departamento: Vecindad: Otro:  No. de dormitorios: Q Cocina: Sala: V Baño: V Num. Baños: 1 Interior: V Exterior: Otro:  Techo: Cemento: V Lámina: Otro: Pared: Block: Ladrillo: Adobe: V Otro:  Servicios básicos: Lavadora: Disp. Inteligente: Microondas: T.V.: V Computadora: Licuadora: V	Sabe Leer? Sí:   ✓ No: Estudia: Sí: No: ✓ Dónde? N/A 🖂 Habilidad:
Pertenece a alguna AC: Si: No: V Cuái? N/A  Pensión, Beca o Apoyo: Si: V No: Dónde? Monto pensión: \$160000 Frecuencia: Mensual  Tipo de Seguridad Social: IMSS: ISSSTE: SSZ: V Ninguno: Ofro: No. de SS:  Pertenece a otro Grupo Vulnerable: Si: No: V Cuál(es)?  DATOS MÉDICOS  Tipo de discapacidad: Física: V Intelectual: Sensorial: Múltiple: Psicosocial: Discapacidad: 29-Hemiparesia Grado: 2-Moderado Describa: SECUELAS DE EVC  Usa Braile: Si: No: N/A: V Sabe LSM?: Si: No: N/A: V Sabe Lectura Labiofacial?: Si: No: N/A: V  Causa: Nacimiento: Congénita: Genética: Hereditaria: Enfermédad: V Accidente: Violencia: Adicción: Otra: Desconoce: Especifique: SECUELAS DE EVC  Fecha inicio discapacidad: 2022-07-20 Fuente de Valoración: CREE Fecha de Inicio: 2024-04-20 Duración: 18 meses o más  Tipo de Sangre: O Rh + Tiene cirugías?: Si: V No: Tipo de cirugía: NARIZ  Usa prótesis u órtesis?: Si: V No: Tipo de prótesis u órtesis: SILLA DE RUEDAS  Requiere asistencia/supervisión? Siempre: V Tareas específicas: Nunca: Duración: Permanente: V Temporal: N/A: Alergías: Enfermedades:  Medicamentos: 7-VALPROATO DE MAGNESIO, 40-LAMOTRIGINA  VIVIENDA  Propia: Prestada: V Rentada: Está a su nombre?: Si: No: V  Tipo de vivienda: Casa: V Departamento: Vecindad: Otro: Pared: Block: Ladrillo: Adobe: V Otro:  Servicios básicos: Agua potable: V Luz eléctrica: V Drenaje: V Internet: Celular: Carro: V Gas: V  Electrodomésticos: Lavadora: Disp. Inteligente: Microondas: T.V.: V Computadora: Licuadora: V	Nivel escolaridad: Secundaria Concluída: ✓ Trunca: Cursando: No Aplica:
Pensión, Beca o Apoyo: Si:	Trabaja: Sí: No: ✔ Dónde? N/A Ingreso mensual: \$ Profesión/Oficio: HOGAR
Tipo de Seguridad Social: IMSS: ISSSTE: SSZ: V Ninguno: Ofro: No. de SS:  Pertenece a otro Grupo Vulnerable: Si: No: V Cuál(es)?  DATOS MÉDICOS  Tipo de discapacidad: Física: V Intelectual: Sensorial: Múltiple: Psicosocial: Discapacidad: 29-Hemiparesia Grado: 2-Moderado Describa: SECUELAS DE EVC  Usa Braile: Si: No: N/A: V Sabe LSM?: Si: No: N/A: V Sabe Lectura Labiofacial?: Si: No: N/A: V Causa: Nacimiento: Congénita: Genética: Hereditaria: Enfermédad: V Accidente: Violencia: Adicción: Otra: Desconoce: Especifique: SECUELAS DE EVC  Fecha inicio discapacidad: 2022-07-20 Fuente de Valoración: CREE Fecha de Valoración: 2024-07-29  Rehabilitación: Si: V No: Dónde? CREE Fecha de Inicio: 2024-04-20 Duración: 18 meses o más  Tipo de Sangre: O Rh + Tiene cirugías?: Si: V No: Tipo de cirugía: NARIZ  Usa prótesis u órtesis?: Si: V No: Tipo de prótesis u órtesis: SILLA DE RUEDAS  Requiere asistencia/supervisión? Siempre: V Tareas específicas: Nunca: Duración: Permanente: V Temporal: N/A: Alergias:  Enfermedades:  Medicamentos: 7-VALPROATO DE MAGNESIO, 40-LAMOTRIGINA  VIVIENDA  Propia: Prestada: V Rentada: Está a su nombre?: Si: No: V  Tipo de vivienda: Casa: V Departamento: Vecindad: Otro:  No. de dormitorios: 2 Cocina: Sala: V Baño: V Num. Baños: 1 Interior: V Exterior: Otro:  Servicios básicos: Agua potable: V Luz eléctrica: V Drenaje: V Internet: Celular: Carro: V Gas: V  Teléfono: Otro:  Electrodomésticos: Lavadora: Disp. Inteligente: Microondas: T.V.: V Computadora: Licuadora: V	Pertenece a alguna AC: Sí: No: ✓ Cuál? N/A
Pertenece a otro Grupo Vulnerable: Si: No: V Cuál(es)?  DATOS MÉDICOS Tipo de discapacidad: Física: V Intelectual: Sensorial: Múltiple: Psicosocial: Discapacidad: 29-Hemiparesia Grado: 2-Moderado Describa: SECUELAS DE EVC  Usa Braile: Si: No: N/A: V Sabe LSM?: Si: No: N/A: V Sabe Lectura Labiofacial?: Si: No: N/A: V Sabe Lectura Labiofacial?: Si: No: No: N/A: N/A: N/A: N/A: N/A: N/A: N/A: N/A	Pensión, Beca o Apoyo: Sí: 🗸 No: Dónde? Monto pensión: \$160000 Frecuencia: Mensual
DATOS MÉDICOS  Tipo de discapacidad: Física:  Intelectual:  Sensorial:  Múltiple:  Psicosocial:  Secuellas DE EVC  Usa Braile: Si:  No:  N/A:  Sabe LSMY: Si:  No:  N/A:  Accidente:  Violencia:  Adicción:  Otra:  Desconoce:  Especifique:  SECUELAS DE EVC  Causa: Nacimiento:  Congénita:  Genética:  Hereditaria:  Enfermédad:  Accidente:  Violencia:  Adicción:  Otra:  Desconoce:  Especifique:  SECUELAS DE EVC  Fecha inicio discapacidad:  2022-07-20  Fuente de Valoración:  CREE  Fecha de Valoración:  2024-07-29  Rehabilitación:  Sí:  No:  No:  Dónde?  CREE  Fecha de Inicio:  2024-04-20  Duración:  18 meses o más  Tipo de Sangre:  ORh + Tiene cirugías?:  Sí:  No:  Tipo de cirugía:  NARIZ  Usa prótesis u órtesis?:  Sí:  No:  Tipo de prótesis u órtesis:  SILLA DE RUEDAS  Requiere asistencia/supervisión?  Siempre:  Tareas específicas:  Nunca:  Duración:  Permanente:  Temporal:  N/A:  Alergías:  Enfermedades:  Medicamentos:  7-VALPROATO DE MAGNESIO, 40-LAMOTRIGINA  VIVIENDA  Propia:  Prestada:  Pepartamento:  Vecindad:  Otro:	Tipo de Seguridad Social: IMSS: ISSSTE: SSZ: ✔ Ninguno: Otro: No. de SS:
Tipo de discapacidad: Física:	Pertenece a otro Grupo Vulnerable: Sí: No: ✓ Cuál(es)?
Tipo de discapacidad: Física:	
Discapacidad: 29-Hemiparesia	DATOS MÉDICOS
Usa Braile: Si: No: N/A: V Sabe LSM?: Si: No: N/A: V Sabe Lectura Labiofacial?: Si: No: N/A: V Causa: Nacimiento: Congénita: Genética: Hereditaria: Enfermédad: V Accidente: Violencia: Adicción: Otra: Desconoce: Especifique: SECUELAS DE EVC  Fecha inicio discapacidad: 2022-07-20 Fuente de Valoración: CREE Fecha de Valoración: 2024-07-29  Rehabilitación: Si: V No: Dónde? CREE Fecha de Inicio: 2024-04-20 Duración: 18 meses o más  Tipo de Sangre: ORh + Tiene cirugías?: Si: V No: Tipo de cirugía: NARIZ  Usa prótesis u órtesis?: Si: V No: Tipo de prótesis u órtesis: SILLA DE RUEDAS  Requiere asistencia/supervisión? Siempre: V Tareas específicas: Nunca: Duración: Permanente: V Temporal: N/A: Alergias: Enfermedades:  Medicamentos: 7-VALPROATO DE MAGNESIO, 40-LAMOTRIGINA  VIVIENDA  Propia: Prestada: V Rentada: Está a su nombre?: Sí: No: V  Tipo de vivienda: Casa: V Departamento: Vecindad: Otro:  No. de dormitorios: 2 Cocina: Sala: V Baño: V Num. Baños: 1 Interior: V Exterior: Otro:  Techo: Cemento: V Lámina: Otro: Pared: Block: Ladrillo: Adobe: V Otro:  Servicios básicos: Agua potable: V Luz eléctrica: V Drenaje: V Internet: Celular: Carro: V Gas: V  Teléfono: Otro:  Electrodomésticos: Lavadora: Disp. Inteligente: Microondas: T.V.: V Computadora: Licuadora: V	Tipo de discapacidad: Física: ✓ Intelectual: Sensorial: , Múltiple: Psicosocial:
Causa: Nacimiento: Congénita: Genética: Hereditaria: Enfermêdad: V Accidente: Violencia: Adicción: Otra: Desconoce: Especifique: SECUELAS DE EVC  Fecha inicio discapacidad: 2022-07-20    Fuente de Valoración:	Discapacidad: 29-Hemiparesia Grado: 2-Moderado Describa: SECUELAS DE EVC
Otra: Desconoce: Especifique: SECUELAS DE EVC Fecha inicio discapacidad: 2022-07-20 Fuente de Valoración: CREE Fecha de Valoración: 2024-07-29 Rehabilitación: Sí:  No: Dónde? CREE Fecha de Inicio: 2024-04-20 Duración: 18 meses o más Tipo de Sangre: O Rh + Tiene cirugías?: Sí: No: Tipo de cirugía: NARIZ Usa prótesis u órtesis?: Sí: No: Tipo de prótesis u órtesis: SILLA DE RUEDAS Requiere asistencia/supervisión? Siempre: Tareas específicas: Nunca: Duración: Permanente: Temporal: N/A: Alergías: Enfermedades: Medicamentos: 7-VALPROATO DE MAGNESIO, 40-LAMOTRIGINA  VIVIENDA Propia: Prestada: Rentada: Está a su nombre?: Sí: No: V  No. de dormitorios: 2 Cocina: Sala: Neindad: Otro: Techo: Cemento: Lámina: Otro: Pared: Block: Ladrillo: Adobe: Otro:  Servicios básicos: Agua potable: Luz eléctrica: Disp. Inteligente: Microondas: T.V.: Computadora: Licuadora: V  Estadora: T.V.: Computadora: Licuadora: V  Computadora: Licuadora: V  Computadora: Licuadora: V  Estadora: Licuadora: V  Computadora: Licuadora: V  Estadora: Disp. Inteligente: Microondas: T.V.: V  Computadora: Licuadora: V	Usa Braile: Sí: No: N/A: V Sabe LSM?: Sí: No: N/A: V Sabe Lectura Labiofacial?: Sí: No: N/A: V
Fecha inicio discapacidad: 2022-07-20  Fuente de Valoración: CREE  Fecha de Valoración: 2024-07-29  Rehabilitación: Sí: V No: Dónde? CREE  Fecha de Inicio: 2024-04-20 Duración: 18 meses o más  Tipo de Sangre: ORh + Tiene cirugías?: Sí: V No: Tipo de cirugía: NARIZ  Usa prótesis u órtesis?: Sí: V No: Tipo de prótesis u órtesis: SILLA DE RUEDAS  Requiere asistencia/supervisión? Siempre: V Tareas específicas: Nunca: Duración: Permanente: V Temporal: N/A: Alergías: Enfermedades:  Medicamentos: 7-VALPROATO DE MAGNESIO, 40-LAMOTRIGINA  VIVIENDA  Propia: Prestada: V Rentada: Está a su nombre?: Sí: No: V  Tipo de vivienda: Casa: V Departamento: Vecindad: Otro:  No. de dormitorios: 2 Cocina: Sala: V Baño: V Num. Baños: 1 Interior: V Exterior: Otro:  Techo: Cemento: V Lámina: Otro: Pared: Block: Ladrillo: Adobe: V Otro:  Servicios básicos: Agua potable: V Luz eléctrica: V Drenaje: V Internet: Celular: Carro: V Gas: V Teléfono: Otro:  Electrodomésticos: Lavadora: Disp. Inteligente: Microondas: T.V.: V Computadora: Licuadora: V	
Rehabilitación: Sí: V No: Dónde? CREE Fecha de Inicio: 2024-04-20 Duración: 18 meses o más  Tipo de Sangre: O Rh + Tiene cirugías?: Sí: V No: Tipo de cirugía: NARIZ  Usa prótesis u órtesis?: Sí: V No: Tipo de prótesis u órtesis: SILLA DE RUEDAS  Requiere asistencia/supervisión? Siempre: V Tareas específicas: Nunca: Duración: Permanente: V Temporal: N/A: Alergias: Enfermedades:  Medicamentos: 7-VALPROATO DE MAGNESIO, 40-LAMOTRIGINA  VIVIENDA  Propia: Prestada: V Rentada: Está a su nombre?: Sí: No: V  Tipo de vivienda: Casa: V Departamento: Vecindad: Otro:  No. de dormitorios: 2 Cocina: Sala: V Baño: V Num. Baños: 1 Interior: V Exterior: Otro:  Techo: Cemento: V Lámina: Otro: Pared: Block: Ladrillo: Adobe: V Otro:  Servicios básicos: Agua potable: V Luz eléctrica: V Drenaje: V Internet: Celular: Carro: V Gas: V  Electrodomésticos: Lavadora: Disp. Inteligente: Microondas: T.V.: V Computadora: Licuadora: V	
Tipo de Sangre: O Rh + Tiene cirugías?: Sí: V No: Tipo de cirugía: NARIZ  Usa prótesis u órtesis?: Sí: V No: Tipo de prótesis u órtesis: SILLA DE RUEDAS  Requiere asistencia/supervisión? Siempre: Tareas específicas: Nunca: Duración: Permanente: Temporal: N/A: Alergias: Enfermedades:  Medicamentos: 7-VALPROATO DE MAGNESIO, 40-LAMOTRIGINA  VIVIENDA  Propia: Prestada: Rentada: Está a su nombre?: Sí: No: V  Tipo de vivienda: Casa: Departamento: Vecindad: Otro:  No. de dormitorios: 2 Cocina: Sala: V Baño: Num. Baños: 1 Interior: V Exterior: Otro:  Techo: Cemento: Lámina: Otro: Pared: Block: Ladrillo: Adobe: V Otro:  Servicios básicos: Agua potable: Luz eléctrica: Drenaje: V Internet: Celular: Carro: V Gas: V  Teléfono: Otro:  Electrodomésticos: Lavadora: Disp. Inteligente: Microondas: T.V.: V Computadora: Licuadora: V	
Usa prótesis u órtesis?: Sí:  V No:  Tipo de prótesis u órtesis: SILLA DE RUEDAS  Requiere asistencia/supervisión? Siempre:  Tareas específicas:  Nunca:  Duración: Permanente:  Temporal:  N/A:  Alergias:  Enfermedades:  Medicamentos:  7-VALPROATO DE MAGNESIO, 40-LAMOTRIGINA  VIVIENDA  Propia:  Prestada:  Rentada:  Está a su nombre?: Sí:  No:  V  Tipo de vivienda:  Casa:  Departamento:  Vecindad:  Otro:  No. de dormitorios:  2  Cocina:  Sala:  Baño:  Num. Baños:  1  Interior:  Exterior:  Otro:  Techo:  Cemento:  Lámina:  Otro:  Pared:  Block:  Ladrillo:  Adobe:  V Otro:  Servicios básicos:  Agua potable:  Luz eléctrica:  Drenaje:  Internet:  Celular:  Carro:  Gas:  V  Teléfono:  Otro:  Electrodomésticos:  Lavadora:  Disp. Inteligente:  Microondas:  T.V.:  Computadora:  Licuadora:  V	
Requiere asistencia/supervisión? Siempre: V Tareas específicas: Nunca: Duración: Permanente: V Temporal: N/A:  Alergias: Enfermedades:  Medicamentos: 7-VALPROATO DE MAGNESIO, 40-LAMOTRIGINA  VIVIENDA  Propia: Prestada: V Rentada: Está a su nombre?: Sí: No: V  Tipo de vivienda: Casa: V Departamento: Vecindad: Otro:  No. de dormitorios: 2 Cocina: Sala: V Baño: V Num. Baños: 1 Interior: V Exterior: Otro:  Techo: Cemento: V Lámina: Otro: Pared: Block: Ladrillo: Adobe: V Otro:  Servicios básicos: Agua potable: V Luz eléctrica: V Drenaje: V Internet: Celular: Carro: V Gas: V  Teléfono: Otro:  Electrodomésticos: Lavadora: Disp. Inteligente: Microondas: T.V.: V Computadora: Licuadora: V	
Alergias: Enfermedades:  Medicamentos: 7-VALPROATO DE MAGNESIO, 40-LAMOTRIGINA  VIVIENDA  Propia: Prestada: Rentada: Está a su nombre?: Sí: No: V  Tipo de vivienda: Casa: Departamento: Vecindad: Otro:  No. de dormitorios: 2 Cocina: Sala: Baño: Num. Baños: 1 Interior: Exterior: Otro:  Techo: Cemento: Lámina: Otro: Pared: Block: Ladrillo: Adobe: Otro:  Servicios básicos: Agua potable: Luz eléctrica: Drenaje: Internet: Celular: Carro: Gas: V  Teléfono: Otro:  Electrodomésticos: Lavadora: Disp. Inteligente: Microondas: T.V.: Computadora: Licuadora: V	
VIVIENDA  Propia: Prestada: Rentada: Está a su nombre?: Sí: No: V  Tipo de vivienda: Casa: Departamento: Vecindad: Otro:  No. de dormitorios: 2 Cocina: Sala: Raño: Num. Baños: 1 Interior: Exterior: Otro:  Techo: Cemento: Lámina: Otro: Pared: Block: Ladrillo: Adobe: V Otro:  Servicios básicos: Agua potable: Luz eléctrica: Drenaje: Internet: Celular: Carro: Gas: V  Teléfono: Otro:  Electrodomésticos: Lavadora: Disp. Inteligente: Microondas: T.V.: Computadora: Licuadora: V	
VIVIENDA  Propia: Prestada: V Rentada: Está a su nombre?: Sí: No: V  Tipo de vivienda: Casa: V Departamento: Vecindad: Otro:  No. de dormitorios: 2 Cocina: Sala: V Baño: V Num. Baños: 1 Interior: V Exterior: Otro:  Techo: Cemento: V Lámina: Otro: Pared: Block: Ladrillo: Adobe: V Otro:  Servicios básicos: Agua potable: V Luz eléctrica: V Drenaje: V Internet: Celular: Carro: V Gas: V  Teléfono: Otro:  Electrodomésticos: Lavadora: Disp. Inteligente: Microondas: T.V.: V Computadora: Licuadora: V	
Propia: Prestada:	
Tipo de vivienda: Casa:	VIVIENDA
No. de dormitorios: 2 Cocina: Sala:	Propia: Prestada: ✓ Rentada: Está a su nombre?: Sí: No: ✓
Techo: Cemento:	Tipo de vivienda: Casa: V Departamento: Vecindad: Otro:
Servicios básicos: Agua potable:	No. de dormitorios: 2 Cocina: Sala: ✓ Baño: ✓ Num. Baños: 1 Interior: ✓ Exterior: Otro:
Teléfono: Otro:  Electrodomésticos: Lavadora: Disp. Inteligente: Microondas: T.V.: V Computadora: Licuadora: V	Techo: Cemento: V Lámina: Otro: Pared: Block: Ladrillo: Adobe: V Otro:
Electrodomésticos: Lavadora: Disp. Inteligente: Microondas: T.V.: V Computadora: Licuadora: V	
Estuta: V Retrigerador: V Otro:	Estufa: V Refrigerador: V Otro:
Es dependiente económico? Sí: V No: Indique de quién: DE SU ESPOSO Y HERMAN Quím. dependientes económicos?	





## INTEGRACIÓN FAMILIAR

Nombre:	Parentesco:	Edad:	Escolaridad:	Profesión u Oficio:	Discapacidad:	Ingreso:	Teléfono:
SALVADOR REVILLA TORRES	Hermano(a)	51	Primaria	PENSIONADO	MOTORA	4800	4921026764
LILIANA ZAPATA LANDEROS	Otro(a)	46	Secundaria	HOGAR AF	TRITIS REUMATOI	DE	4921026764
ALEJANDRO PARGA RODRIGUEZ	Esposo(a)	32	Secundaria	EMPLEADO		6400	4922571270
JOSE ANGEL TADEO REVILLA ZAPAT	A Sobrino(a)	8	Primaria	ESTUDIANTE			

#### REFERENCIAS PERSONALES

Nombre:	Parentesco:	Domicilio:	Profesión u Oficio:	Teléfono:
ROSENDO REVILLA TORRES	Hermano(aC).	CORREDERO LLANO DE LAS VIRGENES VETAGRAN	DE MINERO	4922291631

### **SERVICIOS SOLICITADOS**

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

#### Fecha de Actualización:

Zacatecas, Zac. a 01-08-2024

Firma del responsable del llenado:	Firma de Autorización de uso de Datos Personales:		
Nohowi Troncoso Mtz	Liliana Zapata Landeras		
Nohemi Troncoso Martínez	LILIANA ZAPATA LANDEROS		

Estimado usuario y/o beneficiario, la información proporcionada al Instituto para la Atención e Inclusión de las Personas con Discapacida, 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