

FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente:

C-5613-48886

Fecha de Registro

2024-07-22 11:01:12

DATOS GENERALES

Nombre: MARIA LETICIA ESCOBEDO MARTINEZ Género: Femenino Edad: 64 Estado Civil: Casado(a)
Fecha de nacimiento: 1960-05-22 Lugar de nacimiento: ZACATECAS, ZACATECAS
CURP: EOML600522MZSSRT00 RFC: EOML600522 Teléfono: Celular: 4921189055
Domicilio: BRIGADA HERNANDEZ No. Ext: 11 No. Int.:
Colonia: TOMA DE ZACATECAS Entre vialidades: 23 DE JUNIO Y LAS VIAS
Descripción o referencia del lugar: ENFRENTA DEL MERCADO DE ABASTOS
Estado: ZACATECAS Municipio: ZACATECAS Localidad: ZACATECAS
Asentamiento: LA TOMA C.P.: 98057 Correo-e:
Sabe Leer? Sí: ☒ No: ☐ Estudia: Sí: ☐ No: ☒ Dónde: N/A Habilidad:
Nivel escolaridad: Primaria Concluida: ☒ Trunca: ☐ Cursando: ☐ No Aplica: ☐
Trabaja: Sí: ☐ No: ☒ Dónde: N/A Ingreso mensual: \$ Profesión/Oficio: HOGAR
Pertenece a alguna AC: Sí: ☐ No: ☒Cuál? N/A
Pensión, Beca o Apoyo: Sí: ☐ No: ☒ Dónde: N/A Monto pensión: \$ Frecuencia:
Tipo de Seguridad Social: IMSS: ☒ ISSSTE: ☐ SSZ: ☐ Ninguno: ☐ Otro: No. de SS: 3479590107
Pertenece a otro Grupo Vulnerable: Sí: ☐ No: ☒Cuál(es)?

DATOS MÉDICOS

Tipo de discapacidad: Física: ☒ Intelectual: ☐ Sensorial: ☐ Múltiple: ☐ Psicosocial: ☐
Discapacidad: 13-Enfermedad Articular Degenerativa 2-Moderado Describe: NEUROPATÍA Y GONARTROSIS
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: ENFERMEDAD POR EDAD Y DIAVETES
Fecha inicio discapacidad: 2024-01-01 Fuente de Valoración: IMSS Fecha de Valoración: 2024-03-01
Rehabilitación: Sí: ☐ No: ☒ Dónde: Fecha de Inicio: Duración:
Tipo de Sangre: O Rh + Tiene cirugías?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de cirugía: CESAREA
Usa prótesis u órtesis?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de prótesis u órtesis: BASTÓN
Requiere asistencia/supervisión? Siempre: ☐ Tareas específicas: ☒ Nunca: ☐ Duración: Permanente: ☐ Temporal: ☒ N/A: ☐
Alergias: Enfermedades: 1-DIABETES MELLITUS, 2-HIPERTENSIÓN ARTERIA
Medicamentos: 20-LOZARTAN

VIVIENDA

Propia: ☒ Prestada: ☐ Rentada: ☐ Está a su nombre?: Sí: ☒ No: ☐
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: ☒
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