

FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente:

C-5603-45366

Fecha de Registro

2022-12-01 00:00:00

DATOS GENERALES

Nombre: MARTHA RODRIGUEZ HERNANDEZ Género: FEMENINO Edad: 56 Estado Civil: _____
 Fecha de nacimiento: 1968-02-20 Lugar de nacimiento: _____
 CURP: ROHM690220MSPDRR03 RFC: ROHM690220 Teléfono: (492) 125 - 8949 Celular: _____
 Domicilio: ECUADOR No. Ext: 527 No. Int.: _____
 Colonia: LAS AMERICAS Entre vialidades: PARAGUAY Y PUERTO RICO
 Descripción o referencia del lugar: _____
 Estado: ZACATECAS Municipio: ZACATECAS Localidad: ZACATECAS
 Asentamiento: LAS AMÉRICAS C.P.: 98057 Correo-e: _____
 Sabe Leer? Sí: ☐ No: ☒ Estudia: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? _____ Habilidad: _____
 Nivel escolaridad: _____ Concluida: ☐ Trunca: ☒ Cursando: ☐ No Aplica: ☐
 Trabaja: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? _____ Ingreso mensual: \$ _____ Profesión/Oficio: DESEMPLEADO
 Pertenece a alguna AC: Sí: ☐ No: ☒Cuál? _____
 Pensión, Beca o Apoyo: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? SIN DATO Monto pensión: \$ _____ Frecuencia: _____
 Tipo de Seguridad Social: IMSS: ☒ ISSSTE: ☐ SSZ: ☐ Ninguno: ☐ Otro: _____ No. de SS: 4184680356
 Pertenece a otro Grupo Vulnerable: Sí: ☐ No: ☒Cuál(es)? _____

DATOS MÉDICOS

Tipo de discapacidad: Física: ☒ Intelectual: ☐ Sensorial: ☐ Múltiple: ☐ Psicosocial: ☐
 Discapacidad: 03-Motora Grado: _____ Describe: DISCARTROSIS Y ARTROSIS
 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: _____
 Fecha inicio discapacidad: _____ Fuente de Valoración: IMSS Fecha de Valoración: _____
 Rehabilitación: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? _____ Fecha de Inicio: _____ Duración: _____
 Tipo de Sangre: A Rh + Tiene cirugías?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de cirugía: LA PENDICE Y SALPINGO
 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, 1-DIABETES MELLITU
 Medicamentos: 115-GABAPENTINA, 62-CELEBREX

VIVIENDA

Propia: ☒ Prestada: ☐ Rentada: ☐ Está a su nombre?: Sí: ☐ No: ☒
 Tipo de vivienda: Casa: ☐ Departamento: ☐ Vecindad: ☐ Otro: ☐
 No. de dormitorios: 5 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? 2

Página 1/2

INTEGRACIÓN FAMILIAR

Nombre:	Parentesco:	Edad:	Escolaridad:	Profesión u Oficio:	Discapacidad:	Ingreso:	Teléfono:
VICTOR JAVIER AGUILAR RODRIGUEZ	HIJO(A)	23	6	6	1	0.00	0


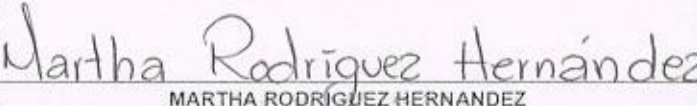
REFERENCIAS PERSONALES

Nombre:	Parentesco:	Domicilio:	Profesión u Oficio:	Teléfono:
VICTOR JAVIER AGUILAR RODRIGUEZ	HIJO(A)		84	0

SERVICIOS SOLICITADOS

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

Fecha de Actualización:
Zacatecas, Zac. a 31-07-2024

Firma del responsable del llenado:	Firma de Autorización de uso de Datos Personales:
 Raúl Fourzan Puente	 MARTHA RODRIGUEZ HERNANDEZ

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>