



FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente:

C-4803-48965

Fecha de Registro

2024-08-13 12:03:24

DATOS GENERALES

Nombre: ROCIO DE JESUS ROMO QUINTANAR Género: Femenino Edad: 80 Estado Civil: Viudo(a)
Fecha de nacimiento: 1944-04-04 Lugar de nacimiento: TLALTENANGO
CURP: ROQR440404MZSMNC01 RFC: ROQR440404 Teléfono: Celular: 3338152540
Domicilio: PASEO DE LOS OLIVOS No. Ext: 15 No. Int.:
Colonia: LOMAS DEL COUTRY Entre vialidades: ESQ. ANTONIO PLAZA
Descripción o referencia del lugar: ESQ. PLAZA ANTONIO
Estado: ZACATECAS Municipio: TLALTENANGO DE SÁNCHEZ ROMÁN Localidad: TLALTENANGO DE SANCHEZ ROMAN
Asentamiento: LOMAS DEL COUTRY C.P.: 99700 Correo-e:
Sabe Leer? Sí: ☒ No: ☐ Estudia: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? N/A Habilidad:
Nivel escolaridad: Secundaria 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? BIENESTAR Monto pensión: \$300000 Frecuencia: Mensual
Tipo de Seguridad Social: IMSS: ☐ ISSSTE: ☐ SSZ: ☒ Ninguno: ☐ Otro: No. de SS:
Pertenece a otro Grupo Vulnerable: Sí: ☒ No: ☐ Cuál(es)? 5-Adulto Mayor

DATOS MÉDICOS

Tipo de discapacidad: Física: ☒ Intelectual: ☐ Sensorial: ☐ Múltiple: ☐ Psicosocial: ☐
Discapacidad: 03-Motora Grado: 2-Moderado Describe: XIFOESCOLIOSIS A NIVEL TORAXICO Y LUMB.
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: XIFOESCOLIOSIS A NIVEL TORAXICO Y LUMBAR
Fecha inicio discapacidad: 1996-07-11 Fuente de Valoración: SSZ Fecha de Valoración: 2024-07-11
Rehabilitación: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? Fecha de Inicio: Duración:
Tipo de Sangre: O Rh - Tiene cirugías?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de cirugía: AMBAS RODILLAS
Usa prótesis u órtesis?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de prótesis u órtesis: BASTON
Requiere asistencia/supervisión? Siempre: ☐ Tareas específicas: ☐ Nunca: ☒ Duración: Permanente: ☐ Temporal: ☐ N/A: ☒
Alergias: Enfermedades:
Medicamentos:

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



INTEGRACIÓN FAMILIAR

Nombre:	Parentesco:	Edad:	Escolaridad:	Profesión u Oficio:	Discapacidad:	Ingreso:	Teléfono:
CARLOS ANTONIO LUCERO ROMO	Hijo(a)	50	Secundaria	EMPLEADO		11000	8314119512

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre:	Parentesco:	Domicilio:	Profesión u Oficio:	Teléfono:
---------	-------------	------------	---------------------	-----------

SERVICIOS SOLICITADOS

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

Fecha de Actualización:

Zacatecas, Zac. a 13-08-2024

Firma del responsable del llenado:	Firma de Autorización de uso de Datos Personales:
Marissa González Cardoso	ROCIO DE JESUS ROMO QUINTANAR

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>