

## INTEGRACIÓN FAMILIAR

Nombre:	Parentesco:	Edad:	Escolaridad:	Profesión u Oficio:	Discapacidad:	Ingreso:	Teléfono:
MAYRA	Madre	43	Licenciatura	PREFECTA		12000	4921320814

## REFERENCIAS PERSONALES

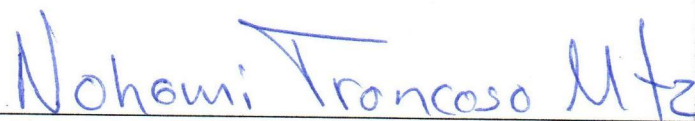

Nombre:	Parentesco:	Domicilio:	Profesión u Oficio:	Teléfono:
LIZBETH MAGDALENA CARDONA SOLIS	Hermano(a)	C. FRANFURD # 14 FRACC. PASEO REAL	HOGAR	4922031873

## 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	MAYRA SOLIS OCAMPO

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>

## FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente:

C-1713-48923

Fecha de Registro

2024-07-31 13:57:32

### DATOS GENERALES

Nombre: DASHA REBECA CARDONA SOLIS Género: Femenino Edad: 13 Estado Civil: Soltero(a)  
Fecha de nacimiento: 2011-04-20 Lugar de nacimiento: ZACATECAS  
CURP: CASD110420MZSRLSA1 RFC: CASD110420 Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: 4921320814  
Domicilio: FRANCISCO MENDEZ No. Ext: 16 No. Int.: A  
Colonia: FRACC. VILLAS DE DON FERNANDO Entre vialidades: JOSEFA ORTIZ DE DOMINGUEZ Y JUAN DE LA I  
Descripción o referencia del lugar: FRENTE CANCHA DE USOS MÚLTIPLES  
Estado: ZACATECAS Municipio: GUADALUPE Localidad: GUADALUPE  
Asentamiento: FRACC. VILLAS DE DON FERNANDO C.P.: 98613 Correo-e: \_\_\_\_\_  
Sabe Leer? Sí: ☒ No: ☐ Estudia: Sí: ☒ No: ☐ Dónde? Privada Especial Habilidad: \_\_\_\_\_  
Nivel escolaridad: Secundaria Concluida: ☐ Trunca: ☐ Cursando: ☒ No Aplica: ☐  
Trabaja: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? N/A Ingreso mensual: \$ \_\_\_\_\_ Profesión/Oficio: ESTUDIANTE  
Pertenece a alguna AC: Sí: ☐ No: ☒Cuál? N/A  
Pensión, Beca o Apoyo: Sí: ☒ No: ☐ Dónde? \_\_\_\_\_ Monto pensión: \$155000 Frecuencia: Mensual  
Tipo de Seguridad Social: IMSS ISSSTE: ☒ SSZ: ☐ Ninguno: ☐ Otro: \_\_\_\_\_ No. de SS: \_\_\_\_\_  
Pertenece a otro Grupo Vulnerable: Sí: ☐ No: ☒Cuál(es)? \_\_\_\_\_

### DATOS MÉDICOS

Tipo de discapacidad: Física: ☒ Intelectual: ☐ Sensorial: ☐ Múltiple: ☐ Psicosocial: ☐  
Discapacidad: 13-Enfermedad Articular Degenerativa 1-Leve Describe: ARTRITIS IDIOPATICA JUVENIL  
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: ARTRITIS  
Fecha inicio discapacidad: 2013-07-20 Fuente de Valoración: ISSSTE Fecha de Valoración: 2022-06-07  
Rehabilitación: Sí: ☒ No: ☐ Dónde? \_\_\_\_\_ Fecha de Inicio: 2014-12-20 Duración: 18 meses o más  
Tipo de Sangre: O Rh + Tiene cirugías?: Sí: ☐ No: ☒ Tipo de cirugía: \_\_\_\_\_  
Usa prótesis u órtesis?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de prótesis u órtesis: BASTON OCASIONALMENTE  
Requiere asistencia/supervisión? Siempre: ☐ Tareas específicas: ☒ Nunca: ☐ Duración: Permanente: ☐ Temporal: ☒ N/A: ☐  
Alergias: 159-SULFAS Enfermedades: 11-ARTRITIS  
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: DE SUS PAPAS Núm. dependientes económicos? 0