



FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente: C-5540-2500 Fecha de Registro 2001-11-28 00:00:00
DATOS GENERALES Nombre: ALMA DELIA RAMIREZ SANTOYO Género: Femenino Edad: 26 Estado Civil: Soltero(a)
Fecha de nacimiento: 1998-06-21 Lugar de nacimiento: VILLANUEVA CURP: RASA980621MZSMNL00 RFC: RASA980621 Teléfono: Celular: 4922418762
Domicilio: TAMPICO No. Ext: 39 No. Int.:
Colonia: LOMA DEL DIEZMO Entre vialidades: MONTERREY Y 24 DE FEBRERO Descripción o referencia del lugar: CERCA DE LA CANCHA
Estado: ZACATECAS Municipio: VILLANUEVA Localidad: VILLANUEVA
Asentamiento: VILLANUEVA C.P: 99547 Correo-e:
Sabe Leer? Sí: No: V Estudia: Sí: No: V Dónde? Habilidad: Nivel escolaridad: Trunca: V Cursando: No Aplica:
Nivel escolaridad: Concluída: Trunca: ✓ Cursando: No Aplica: Trabaja: Sí: No: ✓ Dónde? Ingreso mensual: \$ Profesión/Oficio: HOGAR
Pertenece a alguna AC: Sí: No: V Cuál?
Pensión, Beca o Apoyo: Sí: V No: Dónde? BIENESTAR Monto pensión: \$430000 Frecuencia: Bimestral
Tipo de Seguridad Social: IMSS: ISSSTE: SSZ: Ninguno: 🗸 Otro: No. de SS:
Pertenece a otro Grupo Vulnerable: Sí: No: V Cuál(es)?
DATOS MÉDICOS
Tipo de discapacidad: Física: Intelectual: Sensorial: Múltiple: 🗸 Psicosocial:
Discapacidad: 40-Múltiple Grado: 2-Moderado Describa: PARALISIS CEREBRAL
Usa Braile: Sí: No: N/A: Sabe LSM?: Sí: No: N/A: Sabe Lectura Labiofacial?: Sí: No: N/
Otra: Desconoce: Especifique: PCI
Fecha inicio discapacidad : 1998-06-21 Fuente de Valoración: Fecha de Valoración: 2020-01-25
Rehabilitación: Sí: No: V Dónde? Fecha de Inicio: Duración:
Tipo de Sangre: ORh + Tiene cirugías?: Sí: No: V Tipo de cirugía:
The de protests d'ortests.
Requiere asistencia/supervisión? Siempre: 🗸 Tareas específicas: Nunca: Duración: Permanente: Temporal: N/A: Alergias: Enfermedades: 4-ASMA
Medicamentos:
VIVIENDA
Propia: Prestada: Rentada: Está a su nombre?: Sí: No: V
Tipo de vivienda: Casa: V Departamento: Vecindad: Otro:
No. de dormitorios: 1 Cocina: V Sala: Baño: V Num. Baños: 1 Interior: Exterior: V Otro: Techo: Cemento: Lámina: Otro: BOVEDA Pared: Block: V Ladrillo: Adobe: Otro:
Servicios básicos: Agua potable:
Electrodomésticos: Lavadora:
Es dependiente económico? Sí: No: Indique de quién: PAPAS Núm. dependientes económicos? 0





INTEGRACIÓN FAMILIAR

Nombre:	Parentesco:	Edad:	Escolaridad:	Profesión u Oficio:	Discapacidad:	Ingreso:	Teléfono:
DORA NELY SANTOYO MONREAL	MADRE	46	4	3		0.00	0
JUAN PUENTES HERNANDEZ	PADRE	63	2	134		3200.00	0

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre: F	rentesco:	Domicilio:	Profesión u Oficio:	Teléfono:
-----------	-----------	------------	---------------------	-----------

SERVICIOS SOLICITADOS

Folio:	Fecha Solicitud:	Tipo Solicitud:	Descripción:	Fecha Entrega:	Estatus:
C-5540-2500	2024-07-19 13:00:09		Credencial	2024-07-19 13:00:09	Entregado

Fecha de Actualización: 2024-07-19 12:30:20

Zacatecas, Zac. a 19-07-2024

Firma del responsable del llenado:	Firma de Autorización de uso de Datos Personales:	
Rubén Rodríguez Campuzano	DORA NELLY SANTOYO MONREAL	

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/laviso-de-privacidad