



Zacatecas
GOBIERNO DEL ESTADO
2021-2027



INSTITUTO PARA LA ATENCIÓN E
INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS
CON DISCAPACIDAD
ESTADO DE ZACATECAS

FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente:

C-1703-48888

Fecha de Registro

2024-07-22 12:44:32

DATOS GENERALES

Nombre: DIANA LAURA FLORES MADUJANO Género: Femenino Edad: 27 Estado Civil: Soltero(a)
Fecha de nacimiento: 1997-02-12 Lugar de nacimiento: GUADALUPE, ZACATECAS
CURP: FOMD970212MZSLNN03 RFC: FOMD970212 Teléfono: _____ Celular: 4929259034
Domicilio: C. SAUCITO No. Ext: 501 No. Int.: _____
Colonia: SAN JERONIMO Entre vialidades: ANTONIO SANCHES Y JUAN DIEGO
Descripción o referencia del lugar: CASA COLOR BLANCA DE 2 PISOS, ES UNA TIENDA
Estado: ZACATECAS Municipio: GUADALUPE Localidad: SAN JERÓNIMO
Asentamiento: Sin registro C.P.: 98650 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? EMPRENDIMIENTO PROPIO Ingreso mensual: \$ 4,501 - 12,500 Profesión/Oficio: EMPLEADA
Pertenece a alguna AC: Sí: ☐ No: ☒ Cuál? N/A
Pensión, Beca o Apoyo: Sí: ☒ No: ☐ Dónde? BIENESTAR Monto pensión: \$310000 Frecuencia: Bimestral
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: 03-Motora Grado: 1-Leve Describa: CRISIS GENERALIZADA MOTORA
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: DAÑO NEUROLÓGICO POR EPILEPSIA
Fecha inicio discapacidad: 2012-01-01 Fuente de Valoración: SSZ Fecha de Valoración: 2024-06-23
Rehabilitación: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? _____ Fecha de Inicio: _____ Duración: _____
Tipo de Sangre: O Rh + Tiene cirugías?: Sí: ☐ No: ☒ Tipo de cirugía: _____
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: 3-EPILEPSIA, 6-CRISIS CONVULSIVAS
Medicamentos: 7-VALPROATO DE MAGNESIO

VIVIENDA

Propia: ☒ Prestada: ☐ Rentada: ☐ Está a su nombre?: Sí: ☐ No: ☒
Tipo de vivienda: Casa: ☒ Departamento: ☐ Vecindad: ☐ Otro: _____
No. de dormitorios: 4 Cocina: ☒ Sala: ☒ Baño: ☒ Num. Baños: 1 Interior: ☐ Exterior: ☒ Otro: _____
Techo: Cemento: ☒ Lámina: ☐ Otro: _____ Pared: Block: ☐ Ladrillo: ☐ Adobe: ☐ Otro: TODO
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: PADRES Núm. dependientes económicos? 0

Página 1/2

Circuito Cerro del Gato S/N, Edificio K, Nivel 2
Ciudad Administrativa, C.P. 98160, Zacatecas, Zac.
inclusion@zacatecas.gob.mx Tels. 4924915088 y 89