

FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente:

C-5632-12116

Fecha de Registro

2008-10-10 00:00:00

DATOS GENERALES

Nombre: ANDREA ANA MARÍA DUEÑAS CASTRO Género: FEMENINO Edad: 22 Estado Civil: CASADO (A)
Fecha de nacimiento: 2001-09-24 Lugar de nacimiento: ZACATECAS
CURP: DUCA010924MZSXSA2 RFC: DUCA010924 Teléfono: (492) 130 - 4785 Celular: _____
Domicilio: VICENTE LOMBARDO No. Ext: 107 No. Int.: S/N
Colonia: POPULAR CTM Entre vialidades: S/N
Descripción o referencia del lugar: _____
Estado: ZACATECAS Municipio: ZACATECAS Localidad: ZACATECAS
Asentamiento: CTM C.P.: 98090 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: HOGAR
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: _____
Pertenece a otro Grupo Vulnerable: Sí: ☐ No: ☒Cuál(es)? _____

DATOS MÉDICOS

Tipo de discapacidad: Física: ☐ Intelectual: ☒ Sensorial: ☐ Múltiple: ☐ Psicosocial: ☐
Discapacidad: 32-Intelectual DM Grado: _____ Describe: _____
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: SSZ Fecha de Valoración: _____
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: 11-ARTRITIS
Medicamentos: _____

VIVIENDA

Propia: ☒ Prestada: ☐ Rentada: ☐ Está a su nombre?: Sí: ☐ No: ☒
Tipo de vivienda: Casa: ☐ Departamento: ☐ Vecindad: ☐ Otro: _____
No. de dormitorios: 3 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? 5



INTEGRACIÓN FAMILIAR

Nombre:	Parentesco:	Edad:	Escolaridad:	Profesión u Oficio:	Discapacidad:	Ingreso:	Teléfono:
JOSE DE JESUS DUEÑAS	OTRO	33	3	131	39	0.00	0
JOSE LINO	HERMANO(A)	15	3	36	39	3600.00	0
JESUS EMMANUEL	HERMANO(A)	13	3	6	39	0.00	0
ANDREA CASTRO	OTRO	34	3	3	39	0.00	0
JOSE DE JESUS D.	OTRO	35	3	134	39	2000.00	0
JOSE DE JESUS DUEÑAS	OTRO	35	3	134	39	2000.00	0
JOSE LINO D.	HERMANO(A)	17	3	64	39	0.00	0
JESUS EMMANUEL D.	OTRO	15	3	6	39	0.00	0

REFERENCIAS PERSONALES



Nombre:	Parentesco:	Domicilio:	Profesión u Oficio:	Teléfono:
JESUS EMMANUEL D.	OTRO		134	0

SERVICIOS SOLICITADOS

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

Fecha de Actualización:

Zacatecas, Zac. a 18-07-2024

Firma del responsable del llenado:	Firma de Autorización de uso de Datos Personales:
	
Raúl Fourzan Puente	ANDREA ANA MARÍA DUEÑAS CASTRO

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>