



FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente:

C-1721-2621

Fecha de Registro

1999-12-01 00:00:00

DATOS GENERALES

Nombre: LUZ ANGELICA RIOS SALAZAR Género: Femenino Edad: 31 Estado Civil: Soltero(a)
 Fecha de nacimiento: 1993-03-08 Lugar de nacimiento: ZACATECAS
 CURP: RISL930308MZSSLZ02 RFC: RISL930308 Teléfono: 4922923287 Celular: 4921437982
 Domicilio: YERBABUENA No. Ext: 106 No. Int.: B
 Colonia: FRACC. EL SALERO Entre vialidades: S/N
 Descripción o referencia del lugar:
 Estado: ZACATECAS Municipio: GUADALUPE Localidad: GUADALUPE
 Asentamiento: C.P.: 98607 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: DESEMPLEADO
 Pertenece a alguna AC: Sí: ☐ No: ☒Cuál?
 Pensión, Beca o Apoyo: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? 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: 21-Auditiva Hipoacusia 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: Fecha de Valoración:
 Rehabilitación: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? Fecha de Inicio: Duración:
 Tipo de Sangre: A Rh + Tiene cirugías?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de cirugía: CESAREA
 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: 2-HIPERTENSIÓN ARTERIAL
 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: 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

Página 1/2



INTEGRACIÓN FAMILIAR

Nombre:	Parentesco:	Edad:	Escolaridad:	Profesión u Oficio:	Discapacidad:	Ingreso:	Teléfono:
IRMA DELFINA SALANZAR MARTINEZ	MADRE	48	5	7		3000.00	0
HECOTR DAVID RIOS SALAZAR	HERMANO(A)	15	3	6		0.00	0
JESUS FERNANDO VALDEZ RIOS	HIJO(A)	5	8	6		0.00	0
FRANCISCO JAVIER VALDEZ RIOS	HIJO(A)	3	8	6		0.00	0

REFERENCIAS PERSONALES



Nombre:	Parentesco:	Domicilio:	Profesión u Oficio:	Teléfono:
FRANCISCO JAVIER VALDEZ RIOS	HIJO(A)		3	0

SERVICIOS SOLICITADOS

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

Fecha de Actualización: 2024-07-19 15:32:30

Zacatecas, Zac. a 19-07-2024

Firma del responsable del llenado:	Firma de Autorización de uso de Datos Personales:
	
Raúl Fourzan Puente	LUZ ANGELICA RIOS SALAZAR

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>