



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

Número de Expediente:

C-3733-1549

Fecha de Registro

2001-01-31 00:00:00

### DATOS GENERALES

Nombre: MARICRUZ RAMIREZ PALACIOS Género: Femenino Edad: 38 Estado Civil: Casado(a)  
Fecha de nacimiento: 1986-03-04 Lugar de nacimiento: ZACATECAS  
CURP: RAPM860304MZSMLR01 RFC: RAPM860304 Teléfono: (492) 128 - 5254 Celular:   
Domicilio: GONZALEZ ORTEGA No. Ext: 5 No. Int.: S/N  
Colonia: CENTRO Entre vialidades: S/N  
Descripción o referencia del lugar:   
Estado: ZACATECAS Municipio: PÁNUCO Localidad: POZO DE GAMBOA  
Asentamiento:  C.P.: 98548 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: COMERCIANTE  
Pertenece a alguna AC: Sí: ☐ No: ☒Cuál?   
Pensión, Beca o Apoyo: Sí: ☒ No: ☐ Dónde? OTRO Monto pensión: \$2900.0000 Frecuencia:   
Tipo de Seguridad Social: IMSS: ☐ ISSSTE: ☐ SSZ: ☐ Ninguno: ☒ Otro:  No. de SS: PENDIENTE  
Pertenece a otro Grupo Vulnerable: Sí: ☐ No: ☒Cuál(es)?

### DATOS MÉDICOS

Tipo de discapacidad: Física: ☐ Intelectual: ☐ Sensorial: ☐ Múltiple: ☒ Psicosocial: ☐  
Discapacidad: 33-Parálisis Cerebral Grado:  Describa: PAQRALISIS CEREBRAL  
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: RODILLA E INGLE  
Usa prótesis u órtesis?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de prótesis u órtesis: CORSET PARA ECLEROSIS Y ASIENTO PRESIONADOR  
Requiere asistencia/supervisión? Siempre: ☐ Tareas específicas: ☐ Nunca: ☐ Duración: Permanente: ☐ Temporal: ☐ N/A: ☐  
Alergias: -DIPIRONA, -METOCLOPRAMIDA Enfermedades: 2-HIPERTENSIÓN ARTERIAL, 12-MIGRAÑA, 26-INSU  
Medicamentos:

### VIVIENDA

Propia: ☒ Prestada: ☐ Rentada: ☐ Está a su nombre?: Sí: ☐ No: ☒  
Tipo de vivienda: Casa: ☐ Departamento: ☐ Vecindad: ☐ Otro:   
No. de dormitorios: 6 Cocina: ☐ Sala: ☐ Baño: ☐ Num. Baños:  Interior: ☐ Exterior: ☐ Otro:   
Techo: Cemento: ☒ Lámina: ☐ Otro:  Pared: Block: ☐ Ladrillo: ☐ Adobe: ☐ Otro: 0  
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? 2



## INTEGRACIÓN FAMILIAR

Nombre:	Parentesco:	Edad:	Escolaridad:	Profesión u Oficio:	Discapacidad:	Ingreso:	Teléfono:
ELVIRA PALACIOS GONZALEZ	MADRE	76	2	3		0.00	0

## REFERENCIAS PERSONALES


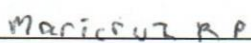
Nombre:	Parentesco:	Domicilio:	Profesión u Oficio:	Teléfono:
ELVIRA PALACIOS GONZALEZ	MADRE		6	0
ELVIRA PALACIOS GONZALEZ	MADRE		7	0

## SERVICIOS SOLICITADOS

Folio:	Fecha Solicitud:	Tipo Solicitud:	Descripción:	Fecha Entrega:	Estatus:
C-3733-1549	2024-07-19 12:47:02		Credencial	2024-07-19 12:47:02	Entregado

Fecha de Actualización: 2024-07-19 12:46:52

Zacatecas, Zac. a 19-07-2024

Firma del responsable del llenado:	Firma de Autorización de uso de Datos Personales:
	
Raúl Fourzan Puente	MARICRUZ RAMIREZ PALACIOS

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>