



FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente:	C-5613-47663	Fecha de Registro	2023-12-01 00:00:00	
DATOS GENERALES				
	GUARDADO Género	o: Femenino Edad: 66	Estado Civil: Viudo(a)	
Fecha de nacimiento: 1957-10-		MORELOS		
CURP: OIGO571007MZSRRL		Teléfono:	Celular: 4921167339	
Domicilio: 1A. DEL TANQUE		No. Ext:	406 No. Int.: B	
Colonia: CENTRO		_	IQUECITO Y C. DEL ANGEL	
Descripción o referencia del lugar:	TIENDA DE ABARROTES			
Estado: ZACATECAS Mu	inicipio: ZACATECAS	Localidad: Z	ACATECAS	
Asentamiento: CENTRO	C.P:	98000 Correo-e:		
Sabe Leer? Sí: V No: Estud	dia: Sí: No: ✔ Dónde?		labilidad:	
Nivel escolaridad: Secundaria	Concluída: 🗸 Trun	nca: Cursando: No Ap	lica:	
Trabaja: Sí: No: ✔ Dónde?	Ing	reso mensual: \$	Profesión/Oficio: JUBILADO/PENSIC	
Pertenece a alguna AC: Sí: N	lo: 🗸 Cuál?	***************************************		
Pensión, Beca o Apoyo: Sí: V No:	Dónde? IMSS Y BIENESTAR	Monto pensión: \$1100000	Frecuencia: Mensual	
Tipo de Seguridad Social: IMSS:	ISSSTE: SSZ: Nings	uno: 🗸 Otro:	No. de SS: 3473570106	
Pertenece a otro Grupo Vulnerable:	Sí: No: ✓ Cuál(es)?			
DATOS MÉDICOS				
Tipo de discapacidad	: Física: 🗸 Intelectual: S	ensorial: Múltiple: Psic	osocial:	
Discapacidad: 13-Enfermedad A	Articular Degenesativa 2-Mod	lerado Describa: GONAR	TROSIS PRIMARIA BILATERAL	
Usa Braile: Sí: No: N/A:	✓ Sabe LSM?: Sí: No:	N/A: 🗸 Sabe Lectura Labiofac	ial?: Sí: No: N/A:	
Causa: Nacimiento: Congénita	: Genética: Hereditaria:	Enfermedad: ✔ Accidente	: Violencia: Adicción:	
Otra:	Desconoce: Especifique: G		violendar xaleelen	
Fecha inicio discapacidad: 2018-0			_ de Valoración: 2023-11-29	
Rehabilitación: Sí: No: 🗸		Fecha de Inicio:	Duración:	
Tipo de Sangre: O Rh + Tiene	cirugías?: Sí: No: ✓ T	Fipo de cirugía:	**************************************	
Usa prótesis u órtesis?: Sí: ✔ N	,			
		1		
Requiere asistencia/supervisión? S				
Alergias: Enfermedades: 1-DIABETES MELLITUS, 2-HIPERTENSIÓN ARTERIA Medicamentos: 6-METFORMINA, 3-CAPTOPRIL, 87-PARACETAMOL				
Medicamentos: 6-METFORMII	NA, 3-CAPTOPRIL, 01-PARA	CETANOL		
VIVIENDA				
Propia: Prestada: Rentad	da: Está a su nomb	re?: Sí: No: 🗸		
Tipo de vivienda: Casa: ✔ Depa		tro:		
	,		terior: Otro:	
Techo: Cemento: Lámina:		: Block: Ladrillo: Ado		
			Carro: V Gas:	
Teléfono:	Otro:	<u> </u>		
Electrodomésticos: Lavadora:		as: 🗸 T.V.: 🗸 Computadora	: Licuadora: 🗸	
Estufa: 🗸 Re	efrigerador: V Otro:			
Es dependiente económico? Sí:	No: V Indique de quién:	Nú	m. dependientes económicos? 0	





INTEGRACIÓN FAMILIAR

Nombre:	Parentesco:	Edad:	Escolaridad:	Profesión u Oficio:	Discapacidad:	Ingreso:	Teléfono:
CARMEN YANETH MARQUEZ FLORE	Otro(a)	27		130		0.00	4922949922
CARLOS ABRAHAM FLORES ORTIZ	Hijo(a)	49	Secundaria	TAXISTA		4000	4921978229

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre:	Parentesco:	Domicilio:	Profesión u Oficio:	Teléfono:
ALVA OLGA FLORES ORTIZ	Hijo(a)	C. MINA PALOMAS DE ORO 102 COL. MINERA	HOGAR	4921167339

SERVICIOS SOLICITADOS

Folio:	Fecha Solicitud:	Tipo Solicitud:	Descripción:	Fecha Entrega:	Estatus:
1 01101	1 cona conontata	Tipo Conoitaan	2 coor.pore	. coma zmarogan	

Fecha de Actualización: 2024-08-13 15:00:56

Zacatecas, Zac. a 13-08-2024

Firma del responsable del llenado:	Firma de Autorización de uso de Datos Personales:	
Nohemi Troncoso Mtz		
Nohemi Troncoso Martínez	ALVA OLGA FLORES ORTIZ	

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