



FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente:

C-2453-22108

Fecha de Registro

2013-02-01 00:00:00

DATOS GENERALES

Nombre: ROBERTA ZAPATA MORENO Género: Femenino Edad: 66 Estado Civil: Divorciado(a)
Fecha de nacimiento: 1958-03-26 Lugar de nacimiento: LORETO
CURP: ZAMR580326MZSPRB02 RFC: ZAMR580326 Teléfono: (496) 109 - 6437 Celular: _____
Domicilio: JOSE MA. COS No. Ext: 508 No. Int.: S/N
Colonia: ARBOLEDAS Entre vialidades: DIEGO RIVERA Y LOPEZ MATEOS
Descripción o referencia del lugar: _____
Estado: ZACATECAS Municipio: LORETO Localidad: LORETO
Asentamiento: CENTRO C.P.: 98830 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? _____ 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: 03-Motora Grado: _____ Describe: ESCOLIOSIS DE COLUMNA
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: _____ 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, 2-HIPERTENSIÓN ARTERIAL
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: ☒ Lamina: ☐ 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? 2

Página 1/2



INTEGRACIÓN FAMILIAR

Nombre:	Parentesco:	Edad:	Escolaridad:	Profesión u Oficio:	Discapacidad:	Ingreso:	Teléfono:
ELTON R. CASTILLO	OTRO	18	4	6		0.00	0

REFERENCIAS PERSONALES



Nombre:	Parentesco:	Domicilio:	Profesión u Oficio:	Teléfono:
ELTON R. CASTILLO	OTRO		3	0

SERVICIOS SOLICITADOS

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

Fecha de Actualización: 2024-07-29 12:19:02

Zacatecas, Zac. a 29-07-2024

Firma del responsable del llenado:	Firma de Autorización de uso de Datos Personales:
	
Raúl Fourzan Puente	ROBERTA ZAPATA MORENO

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>