



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

Número de Expediente:

C-4403-48869

Fecha de Registro

2024-07-18 15:19:15

### DATOS GENERALES

Nombre: TERESA GALVEZ CARLOS Género: Femenino Edad: 71 Estado Civil: Casado(a)  
Fecha de nacimiento: 0052-10-15 Lugar de nacimiento: TABASCO  
CURP: GACT521015MZSLRR04 RFC: GACT521015 Teléfono: Celular: 4631183866  
Domicilio: MANUEL DOBLADO No. Ext: 130 No. Int.:  
Colonia: CENTRO Entre vialidades: FRENTE AL DIF MUNICIPAL  
Descripción o referencia del lugar:  
Estado: ZACATECAS Municipio: TABASCO Localidad: TABASCO  
Asentamiento: CENTRO C.P.: 99630 Correo-e:  
Sabe Leer? Sí: ☒ No: ☐ Estudia: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? N/A Habilidad:  
Nivel escolaridad: Preparatoria Concluida: ☒ Trunca: ☐ Cursando: ☐ No Aplica: ☐  
Trabaja: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? Ingreso mensual: \$ 12,501 - \$19,500 Profesión/Oficio: HOGAR  
Pertenece a alguna AC: Sí: ☐ No: ☒Cuál? N/A  
Pensión, Beca o Apoyo: Sí: ☒ No: ☐ Dónde? ISSSTE Monto pensión: \$1600000 Frecuencia: Mensual  
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: 3-Grave Describe: LECION DE COLUMNA . HERNIA DE DISCO  
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: CAIDA  
Fecha inicio discapacidad: 2023-12-05 Fuente de Valoración: SSZ Fecha de Valoración: 2023-12-15  
Rehabilitación: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? Fecha de Inicio: Duración:  
Tipo de Sangre: A Rh + Tiene cirugías?: Sí: ☐ No: ☒ Tipo de cirugía:  
Usa prótesis u órtesis?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de prótesis u órtesis: BASTON  
Requiere asistencia/supervisión? Siempre: ☐ Tareas específicas: ☒ Nunca: ☐ Duración: Permanente: ☐ Temporal: ☒ N/A: ☐  
Alergias: Enfermedades: 1-DIABETES MELLITUS  
Medicamentos: 6-METFORMINA

### 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: 1 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? 0

## INTEGRACIÓN FAMILIAR

<b>Nombre:</b>	<b>Parentesco:</b>	<b>Edad:</b>	<b>Escolaridad:</b>	<b>Profesión u Oficio:</b>	<b>Discapacidad:</b>	<b>Ingreso:</b>	<b>Teléfono:</b>
SALVADOR MARQUEZ VELAZCO	Esposo(a)	82	Primaria	HOGAR	MOTORA	2400	

## REFERENCIAS PERSONALES

Nombre:	Parentesco:	Domicilio:	Profesión u Oficio:	Teléfono:
ARON GALVEZ CARLOS	Hijo(a)	MANUEL DOBLADO 130	ELECTRISISTA	

## SERVICIOS SOLICITADOS

Folio:	Fecha Solicitud:	Tipo Solicitud:	Descripción:	Fecha Entrega:	Estatus:
C-4403-48869	2024-07-18 15:42:31		Credencial	2024-07-18 15:42:31	Entregado

**Fecha de Actualización:**

**Zacatecas, Zac. a 18-07-2024**

Firma del responsable del llenado:	Firma de Autorización de uso de Datos Personales:
Rubén Rodríguez Campuzano	TERESA GALVEZ CARLOS

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>