



FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de expediente: Fecha de registro: Día: Mes: Año:

DATOS GENERALES

Nombre: NOEMI ESPERANZA PITONES ALAMILLO / H ☐ / M ☒ / Edad 42 / Estado Civil CASADA
Fecha de nacimiento: Día 19 / Mes 08 / Año 1981 / Lugar de nacimiento: VALPARAISO, ZACATCAS
Domicilio: GARCIA SALINAS #Ext: 108 #Int:
Col: CENTRO Entre Vialidades: FELIPE ANGELES Y 20 DE NOVIEMBRE
Descripción de lugar o alguna referencia: CERCA DE ESCUELA
Localidad: VALPARAISO Municipio: VALPARAISO C.P. 99250
Tel. Part: 4579361805 Celular: Escolaridad: SECUNDARIA
Profesión/oficio: HOGAR CURP: PIAN810819MZSTLM05 RFC: PIAN810819
Estudia: SI/ NO/ Dónde: Habilidad:
Trabaja: SI/ NO/ Dónde: Ingreso Mensual: \$
Pertenece a alguna asociación: SI/ NO/ ¿Cuál?
Pertenece a algún sindicato: SI/ NO/ ¿Cuál?
Pensionado: SI/ NO/ Dónde: APOYO DE DISCAPACIDAD Monto Pensión: \$ 2950
Tipo de Seguridad Social: IMSS ISSSTE SSZ Otro: NINGUNO No.

DATOS MÉDICOS

Discapacidad: Motora Grado: Escoliosis
Tipo de Discapacidad: FISICA / INTELECTUAL / SENSORIAL / MÚLTIPLE /
Causa: Congénita ☒ / Adquirida ☐ / Accidente ☐ / Enfermedad ☐ / Nacimiento ☐ / Adicción ☐ / Otro:
Temporalidad: Valoración: SI/ NO/ Fuente de Valoración:
Rehabilitación: SI NO ¿Dónde?
Fecha de Inicio: / / / Fecha de termino: / / / Tipo de Sangre: ORH+
¿Ha tenido Cirugías? ☒ NO Tipo de Cirugía: PIES
Enfermedades: ESCOLIOSIS
Medicamentos: ANTIINFLAMATORIOS, PIROXICAM,
Alergias: NO
¿Usa Prótesis u Órtesis? SI NO ¿De qué Tipo?

VIVIENDA

Vivienda: Propia ☒ / Prestada ☐ / Rentando ☐ / \$ La está pagando ☐ / \$
Características de la vivienda: Casa ☒ / Departamento ☐ / Vecindad ☐ / Otra
Número de habitaciones: 2 Cocina ☒ / Sala ☐ / Baño ☒ / Otros:
Techo: Lamina ☐ / Cemento ☐ / Otros Pared: Block ☐ / Ladrillo ☐ / Adobe ☐ / Otro
Servicios Básicos: Agua potable ☒ Luz eléctrica ☒ Drenaje ☒ Cable ☐ Internet ☐ Celular ☐ Carro ☐
Gas ☐ teléfono ☐
Electrodomésticos: T.V. ☐ Lavadora ☒ Estéreo ☐ Microondas ☐ Computadora ☐ Licuadora ☒ DVD ☐
Estufa ☒
Personas que dependen de usted económicamente: 0 ¿Tiene Deudas? SI/ NO/ \$



FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

INTEGRACIÓN FAMILIAR

Nombre	Parentesco	Edad	Escolaridad	Prof/Oficio	Discapacidad	Ingreso
ANTONIO PITONES BONILLA	PADRE	70	PRIMARIA	NINGUNO	NINGUNA	2400
CATALINA ALAMILLO LOPEZ	MADRE	65	PRIMARIA	HOGAR	NINGUNA	2400

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre	Parentesco	Dirección	Prof/Oficio	Celular
DAVID RODRIGUEZ ALAMILLO	PRIMO	20 DE NOVIEMBRE	EMPLEADO	4931674393

SERVICIOS

Solicitud: CREDENCIAL DE DISCAPACIDAD Y TARJETON

Apoyos Entregados: _____


Nombre y Firma Del responsable De Llenado


Nombre y Firma de Autorización de uso de datos
personales

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 y Datos personales en Posesión de los Sujetos obligados del Estado de Zacatecas. Si deseas mas información puedes consultar nuestro aviso de privacidad en: <http://inclusion.zacatecas.gob.mx/aviso-de-privacidad/>