



FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente:

C-1703-47315

Fecha de Registro

2023-10-05 00:00:00

DATOS GENERALES

Nombre: GLORIA GALINDO OLIVA Género: FEMENINO Edad: 57 Estado Civil: SOLTERO (A)
Fecha de nacimiento: 1967-05-07 Lugar de nacimiento: _____
CURP: GAOG670507MZSLLL05 RFC: GAOG670507 Teléfono: (492) 124 - 4427 Celular: _____
Domicilio: TEXAS No. Ext: 17 No. Int.: 2B
Colonia: 1910 Entre vialidades: 1910 Y C. FERROCARRIL
Descripción o referencia del lugar: _____
Estado: ZACATECAS Municipio: GUADALUPE Localidad: GUADALUPE
Asentamiento: ZONA CENTRO C.P.: 98600 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: JUBILADO/PENSIC
Pertenece a alguna AC: Sí: ☐ No: ☒ Cuál? _____
Pensión, Beca o Apoyo: Sí: ☒ No: ☐ Dónde? ISSSTE Monto pensión: \$23000.0000 Frecuencia: _____
Tipo de Seguridad Social: IMSS: ☐ ISSSTE: ☒ SSZ: ☐ Ninguno: ☐ Otro: _____ No. de SS: GAOG670507/91
Pertenece a otro Grupo Vulnerable: Sí: ☐ No: ☒ Cuál(es)? _____

DATOS MÉDICOS

Tipo de discapacidad: Física: ☒ Intelectual: ☐ Sensorial: ☐ Múltiple: ☐ Psicosocial: ☐
Discapacidad: 03-Motora Grado: 1 Describe: TROMBOEMBOLIA PULMONAR
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: ISSSTE Fecha de Valoración: _____
Rehabilitación: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? _____ Fecha de Inicio: _____ Duración: _____
Tipo de Sangre: O Rh + Tiene cirugías?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de cirugía: CESAREAS Y ESTERECTORMIA
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: 2-HIPERTENSIÓN ARTERIAL
Medicamentos: 55-FUROSEMIDA, 96-ESPIRONOLACTONA

VIVIENDA

Propia: ☒ Prestada: ☐ Rentada: ☐ Está a su nombre?: Sí: ☐ No: ☒
Tipo de vivienda: Casa: ☐ Departamento: ☐ Vecindad: ☐ Otro: _____
No. de dormitorios: 2 Cocina: ☐ Sala: ☐ Baño: ☐ Num. Baños: _____ 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? 3



INTEGRACIÓN FAMILIAR

Nombre:	Parentesco:	Edad:	Escolaridad:	Profesión u Oficio:	Discapacidad:	Ingreso:	Teléfono:
AGUSTIN VAZQUEZ MEDINA	ESPOSO(A)	61	5	134		5000.00	0
ERWIG ANTONIO VELAZQUEZ GALINDO	HIJO(A)	24	6	134		2800.00	0

REFERENCIAS PERSONALES


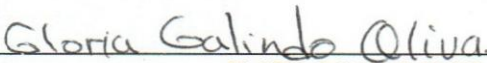
Nombre:	Parentesco:	Domicilio:	Profesión u Oficio:	Teléfono:
ERWIG ANTONIO VELAZQUEZ GALINDO	HIJO(A)		39	0

SERVICIOS SOLICITADOS

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

Fecha de Actualización:

Zacatecas, Zac. a 19-07-2024

Firma del responsable del llenado:	Firma de Autorización de uso de Datos Personales:
	
Raúl Fourzan Puente	GLORIA GALINDO OLIVA

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>