

FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente:

C-5621-48900

Fecha de Registro:

2024-07-24 13:53:09

DATOS GENERALES

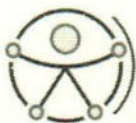
Nombre: MARISOL GARCIA LOPEZ Género: Femenino Edad: 39 Estado Civil: Soltero(a)
Fecha de nacimiento: 1984-12-21 Lugar de nacimiento: COAHUILA DE ZARAGOZA
CURP: GALM841221MCLRPR05 RFC: GALM841221 Teléfono: Celular: 4921437421
Domicilio: BEGONIAS No. Ext: 29 No. Int.:
Colonia: GRAL. FELIPE ANGELES Entre vialidades: CRISANTEMOS Y DE LAS ROSAS
Descripción o referencia del lugar: CERCA DEL PARQUE REFORMA
Estado: ZACATECAS Municipio: ZACATECAS Localidad: ZACATECAS
Asentamiento: GRAL. FELIPE ANGELES C.P.: 98054 Correo-e:
Sabe Leer? Sí: ☒ No: ☐ Estudia: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? N/A Habilidad:
Nivel escolaridad: Licenciatura Concluida: ☒ Trunca: ☐ Cursando: ☐ No Aplica: ☐
Trabaja: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? N/A Ingreso mensual: \$ Profesión/Oficio: HOGAR
Pertenece a alguna AC: Sí: ☐ No: ☒ Cuál? N/A
Pensión, Beca o Apoyo: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? N/A 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: 21-Auditiva Hipoacusia Grado: Selecciona... Describe: HIPOACUSIA IZQUIERDA
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: HIPOACUSIA IZQUIERDA
Fecha inicio discapacidad: 2022-07-24 Fuente de Valoración: SSZ Fecha de Valoración: 2024-06-23
Rehabilitación: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? Fecha de Inicio: Duración:
Tipo de Sangre: B Rh + Tiene cirugías?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de cirugía: CESARIA Y HERNIA
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:
Medicamentos:

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: 2 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:
IAN ARIEL PACHECO GARCIA	Hijo(a)	15	Secundaria	ESTUDIAENTE			4922906769
KENIA PACHECO	Hijo(a)	11	Primaria	ESTUDIANTE			
VALENTINA PACHECO GARCIA	Hijo(a)	10	Primaria	ESTUDIANTE			

REFERENCIAS PERSONALES


Nombre:	Parentesco:	Domicilio:	Profesión u Oficio:	Teléfono:
---------	-------------	------------	---------------------	-----------

SERVICIOS SOLICITADOS

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

Fecha de Actualización:

Zacatecas, Zac. a 24-07-2024

Firma del responsable del llenado:	Firma de Autorización de uso de Datos Personales:
	
Marissa González Cardoso	MARISOL GARCIA LOPEZ

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>