



FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente:

C-5609-48966

Fecha de Registro

2024-08-13 14:50:53

DATOS GENERALES

Nombre: ANTONIA RAMIREZ ORTIZ Género: Femenino Edad: 53 Estado Civil: Divorciado(a)
Fecha de nacimiento: 1971-06-13 Lugar de nacimiento: ZACATECAS
CURP: RAOA710613MZSMRN09 RFC: RAOA710613 Teléfono: Celular: 4922891381
Domicilio: CALLE DE LA PARROQUIA No. Ext: 2 No. Int:
Colonia: LA ESCONDIDA Entre vialidades:
Descripción o referencia del lugar: CERCA DE LA CASA DE SALUD
Estado: ZACATECAS Municipio: ZACATECAS Localidad: ZACATECAS
Asentamiento: LA ESCONDIDA C.P.: 98160 Correo-e:
Sabe Leer? Sí: ☐ No: ☒ Estudia: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? Habilidad: COCINA
Nivel escolaridad: Preescolar Concluida: ☒ Trunca: ☐ Cursando: ☐ No Aplica: ☐
Trabaja: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? Ingreso mensual: \$ Profesión/Oficio: HOGAR
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)? 1-Víctimas de Violencia en el Estado

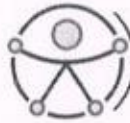
DATOS MÉDICOS

Tipo de discapacidad: Física: ☒ Intelectual: ☐ Sensorial: ☐ Múltiple: ☐ Psicosocial: ☐
Discapacidad: 09-Uniparesia / Monoparesia Grado: 2-Moderado Describe: FX HUMERO PROXIMAL DER.
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: IMPACTO DE BALA DE ARMA DE FUEGO
Fecha inicio discapacidad: 2021-08-21 Fuente de Valoración: IMSS Fecha de Valoración: 2024-04-16
Rehabilitación: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? Fecha de Inicio: Duración:
Tipo de Sangre: O Rh - Tiene cirugías?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de cirugía: CESARIA, CX HOMBRO DER. VESICULA.
Usa prótesis u órtesis?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de prótesis u órtesis: CLAVO ENDOMEDULAR HMBRO DERECHO
Requiere asistencia/supervisión? Siempre: ☐ Tareas específicas: ☐ Nunca: ☒ Duración: Permanente: ☐ Temporal: ☐ N/A: ☒
Alergias: Enfermedades:
Medicamentos: 115-GABAPENTINA

VIVIENDA

Propia: ☒ Prestada: ☐ Rentada: ☐ Está a su nombre?: Sí: ☐ No: ☒
Tipo de vivienda: Casa: ☒ Departamento: ☐ Vecindad: ☐ Otro:
No. de dormitorios: 1 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

Página 1/2



INTEGRACIÓN FAMILIAR

Nombre:	Parentesco:	Edad:	Escolaridad:	Profesión u Oficio:	Discapacidad:	Ingreso:	Teléfono:
---------	-------------	-------	--------------	---------------------	---------------	----------	-----------

REFERENCIAS PERSONALES

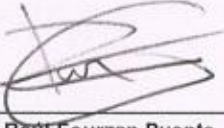
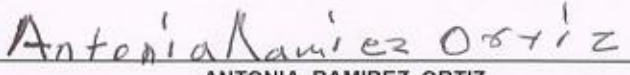
Nombre:	Parentesco:	Domicilio:	Profesión u Oficio:	Teléfono:
PERLA BERENICE GARCIA RAMIREZ	Hijo(a)	VILLAS UNIVERSIDAD	HOGAR	4922652266

SERVICIOS SOLICITADOS

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

Fecha de Actualización: 2024-08-13 14:54:09

Zacatecas, Zac. a 13-08-2024

Firma del responsable del llenado:	Firma de Autorización de uso de Datos Personales:
 Raúl Fourzan Puente	 ANTONIA RAMIREZ ORTIZ

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>