



FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente:

C-1737-29360

Fecha de Registro:

2016-01-05 00:00:00

DATOS GENERALES

Nombre: ANGEL DEREK FLORES VENEGAS Género: Masculino Edad: 15 Estado Civil: Soltero(a)
Fecha de nacimiento: 2008-10-04 Lugar de nacimiento: _____
CURP: FOVA081004HZSLNNA3 RFC: FOVA081004 Teléfono: _____ Celular: 4921728480
Domicilio: FUENTE DE DIANA CAZADORA No. Ext: 27 No. Int.: _____
Colonia: LAS FUENTES Entre vialidades: AV. DERECHO Y FUENTE TAJ MAJAL
Descripción o referencia del lugar: CERCA DE UPN Y MERCADO SORIANA
Estado: ZACATECAS Municipio: GUADALUPE Localidad: GUADALUPE
Asentamiento: LAS FUENTES C.P.: 98613 Correo-e: _____
Sabe Leer? Sí: ☐ No: ☒ Estudia: Sí: ☒ No: ☐ Dónde? Pública Regular Habilidad: _____
Nivel escolaridad: Preparatoria Concluida: ☐ Trunca: ☐ Cursando: ☒ No Aplica: ☐
Trabaja: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? _____ Ingreso mensual: \$ _____ Profesión/Oficio: ESTUDIANTE
Pertenece a alguna AC: Sí: ☐ No: ☒Cuál? _____
Pensión, Beca o Apoyo: Sí: ☒ No: ☐ Dónde? BIENESTAR Monto pensión: \$310000 Frecuencia: Bimestral
Tipo de Seguridad Social: IMSS: ☐ ISSSTE: ☐ SSZ: ☐ Ninguno: ☒ Otro: _____ No. de SS: 1
Pertenece a otro Grupo Vulnerable: Sí: ☐ No: ☒Cuál(es)? _____

DATOS MÉDICOS

Tipo de discapacidad: Física: ☐ Intelectual: ☒ Sensorial: ☐ Múltiple: ☐ Psicosocial: ☐
Discapacidad: 34-Aprendizaje Grado: _____ Describe: C.I.61
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: SSZ Fecha de Valoración: _____
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: _____
Requiere asistencia/supervisión? Siempre: ☐ Tareas específicas: ☐ Nunca: ☐ Duración: Permanente: ☐ Temporal: ☐ N/A: ☐
Alergias: _____ Enfermedades: 2-HIPERTENSIÓN ARTERIAL
Medicamentos: _____

VIVIENDA

Propia: ☐ Prestada: ☒ Rentada: ☐ Está a su nombre?: Sí: ☐ No: ☒
Tipo de vivienda: Casa: ☐ Departamento: ☐ Vecindad: ☐ Otro: _____
No. de dormitorios: 4 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? 2

Página 1/2

INTEGRACIÓN FAMILIAR

Nombre:	Parentesco:	Edad:	Escolaridad:	Profesión u Oficio:	Discapacidad:	Ingreso:	Teléfono:
MARTHA ESTELA FLORES VENEGAS	Madre	57	Preparatoria	HOGAR		0.00	4921728480

REFERENCIAS PERSONALES



Nombre:	Parentesco:	Domicilio:	Profesión u Oficio:	Teléfono:
CLAUDIA LIZETH ECHEVERRIA FLORE	Hermano(a)	C.N.O.P	ABOGADA	4921463816

SERVICIOS SOLICITADOS

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

Fecha de Actualización: 2024-08-08 15:52:46

Zacatecas, Zac. a 08-08-2024

Firma del responsable del llenado:	Firma de Autorización de uso de Datos Personales:
	
Ana Laura Ortiz Gutiérrez	ÁNGEL DEREK FLORES VENEGAS

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>