



FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente:

C-5621-48866

Fecha de Registro

2024-07-18 15:00:39

DATOS GENERALES

Nombre: CAROLINA RAMIREZ BUENO Género: Femenino Edad: 35 Estado Civil: Casado(a)
Fecha de nacimiento: 1989-01-20 Lugar de nacimiento: ZACATECAS
CURP: RABC890120MZSMNR02 RFC: RABC890120 Teléfono: Celular: 4921973946
Domicilio: VENECIA No. Ext: 5 No. Int.:
Colonia: ITALIA Entre vialidades: C. ROMA Y C. FLORENCIA
Descripción o referencia del lugar: CERCA UNA VULCANIZADORA
Estado: ZACATECAS Municipio: ZACATECAS Localidad: ZACATECAS
Asentamiento: ITALIA C.P.: 98054 Correo-e:
Sabe Leer? Sí: ☒ No: ☐ Estudia: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? N/A Habilidad:
Nivel escolaridad: Secundaria 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: 2-Moderado Describe: HIPOACUSIA MEDIA- SEVERA
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: 1989-01-20 Fuente de Valoración: CREE Fecha de Valoración: 2024-02-29
Rehabilitación: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? Fecha de Inicio: Duración:
Tipo de Sangre: O 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:
Medicamentos:

VIVIENDA

Propia: ☐ Prestada: ☒ Rentada: ☐ Está a su nombre?: Sí: ☐ No: ☒
Tipo de vivienda: Casa: ☒ Departamento: ☐ Vecindad: ☐ Otro:
No. de dormitorios: 3 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

INTEGRACIÓN FAMILIAR

Nombre:	Parentesco:	Edad:	Escolaridad:	Profesión u Oficio:	Discapacidad:	Ingreso:	Teléfono:
FELIPE RAMIREZ HERNANDEZ	Padre	72	Secundaria	JUBILADO		6000	
ALBERTO DIMAS GARCIA	Espos(a)	42	Secundaria	ALBAÑIL		7600	4922645374
ANA PAOLA DIMAS RAMIREZ	Hijo(a)	15	Preparatoria	ESTUDIANTE			
LUIS FERNANDO DIMAS RAMIREZ	Hijo(a)	13	Secundaria	ESTUDIANTE			
VALERIA DIMAS RAMIREZ	Hijo(a)	10	Primaria	ESTUDIANTE			

REFERENCIAS PERSONALES

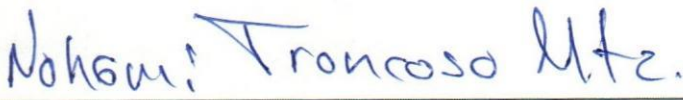

Nombre:	Parentesco:	Domicilio:	Profesión u Oficio:	Teléfono:
GEORGINA RAMIREZ BUENO	Hermano(a)	C. ROMA COLONIA ITALIA	HOGAR	4922124377

SERVICIOS SOLICITADOS

Folio:	Fecha Solicitud:	Tipo Solicitud:	Descripción:	Fecha Entrega:	Estatus:
C-5621-48866	2024-07-18 15:12:54		Credencial	2024-07-18 15:12:54	Entregado

Fecha de Actualización:

Zacatecas, Zac. a 18-07-2024

Firma del responsable del llenado:	Firma de Autorización de uso de Datos Personales:
	
Nohemi Troncoso Martínez	CAROLINA RAMIREZ BUENO

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>