

FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente:

C-5540-2500

Fecha de Registro

2001-11-28 00:00:00

DATOS GENERALES

Nombre: ALMA DELIA RAMIREZ SANTOYO Género: Femenino Edad: 26 Estado Civil: Soltero(a)
 Fecha de nacimiento: 1998-06-21 Lugar de nacimiento: VILLANUEVA
 CURP: RASA980621MZSMNL00 RFC: RASA980621 Teléfono: Celular: 4922418762
 Domicilio: TAMPICO No. Ext: 39 No. Int.:
 Colonia: LOMA DEL DIEZMO Entre vialidades: MONTERREY Y 24 DE FEBRERO
 Descripción o referencia del lugar: CERCA DE LA CANCHA
 Estado: ZACATECAS Municipio: VILLANUEVA Localidad: VILLANUEVA
 Asentamiento: VILLANUEVA C.P.: 99547 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: HOGAR
 Pertenecer a alguna AC: Sí: ☐ No: ☒ Cuál?
 Pensión, Beca o Apoyo: Sí: ☒ No: ☐ Dónde? BIENESTAR Monto pensión: \$430000 Frecuencia: Bimestral
 Tipo de Seguridad Social: IMSS: ☐ ISSSTE: ☐ SSZ: ☐ Ninguno: ☒ Otro: No. de SS:
 Pertenecer a otro Grupo Vulnerable: Sí: ☐ No: ☒ Cuál(es)?

DATOS MÉDICOS

Tipo de discapacidad: Física: ☐ Intelectual: ☐ Sensorial: ☐ Múltiple: ☒ Psicosocial: ☐
 Discapacidad: 40-Múltiple Grado: 2-Moderado Describe: PARALISIS CEREBRAL
 Usa Braiile: 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: PCI
 Fecha inicio discapacidad: 1998-06-21 Fuente de Valoración: Fecha de Valoración: 2020-01-25
 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: 4-ASMA
 Medicamentos:

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: BOVEDA 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: PAPAS Núm. dependientes económicos? 0

