

FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente:

C-1737-48929

Fecha de Registro

2024-08-02 11:50:26

DATOS GENERALES

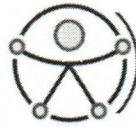
Nombre: LEONARDO CALEB JOAQUIN CRUZ Género: Masculino Edad: 4 Estado Civil: Soltero(a)
Fecha de nacimiento: 2019-11-03 Lugar de nacimiento: GUADALUPE
CURP: JOCL191103HZSQRNA7 RFC: JOCL191103 Teléfono: Celular: 4921000429
Domicilio: CERRO PROAÑO No. Ext: 20 No. Int.:
Colonia: LOS PIRULES Entre vialidades: C. SIERRA TESOSRO Y PROAÑO
Descripción o referencia del lugar: CERCA DE UN CONSULTORIO DENTAL
Estado: ZACATECAS Municipio: GUADALUPE Localidad: GUADALUPE
Asentamiento: LOS PIRULES C.P.: 98619 Correo-e:
Sabe Leer? Sí: ☐ No: ☒ Estudia: Sí: ☒ No: ☐ Dónde? Privada Especial Habilidad:
Nivel escolaridad: Preescolar Concluida: ☐ Trunca: ☐ Cursando: ☒ No Aplica: ☐
Trabaja: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? N/A Ingreso mensual: \$ Profesión/Oficio: ESTUDIANTE
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: 37-Espectro Autista Grado: 2-Moderado Describe: TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA
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: AUTISMO
Fecha inicio discapacidad: 2019-11-03 Fuente de Valoración: Fecha de Valoración: 2024-08-02
Rehabilitación: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? Fecha de Inicio: Duración:
Tipo de Sangre: AB 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: 3 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: DE SUS PAPAS Núm. dependientes económicos? 0



INTEGRACIÓN FAMILIAR

Nombre:	Parentesco:	Edad:	Escolaridad:	Profesión u Oficio:	Discapacidad:	Ingreso:	Teléfono:
OCTAVIO JOAQUIN MARTINEZ	Padre	36	Licenciatura	COMERCIANTE		15000	4921000429
CARLA ROCIO CRUZ SANCHEZ	Madre	35	Posgrado	EMPLEADA EMPRESA		10000	4921187680

REFERENCIAS PERSONALES


Nombre:	Parentesco:	Domicilio:	Profesión u Oficio:	Teléfono:
ROSALINDA SANCHEZ MORENO	Otro(a)	C. FERROCARRIL #111 COL. BUENAVISTA ZAC.	MAESTRA JUBILADA	4923079552

SERVICIOS SOLICITADOS

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

Fecha de Actualización:

Zacatecas, Zac. a 02-08-2024

Firma del responsable del llenado:	Firma de Autorización de uso de Datos Personales:
	
Nohemi Troncoso Martínez	OCTAVIO JOAQUIN MARTINEZ

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>