



## FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente:

C-1713-42063

Fecha de Registro

2020-10-29 00:00:00

### DATOS GENERALES

Nombre: ABIGAIL RAUDRY CAMPOS Género: FEMENINO Edad: 78 Estado Civil: DIVORCIADO (A)  
 Fecha de nacimiento: 1945-09-03 Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 CURP: RACA450903MZSDB09 RFC: RACA450903 Teléfono: (492) 106 - 6556 Celular: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: SANTA ANA No. Ext: 6 No. Int.: \_\_\_\_\_  
 Colonia: CENTRO Entre vialidades: \_\_\_\_\_  
 Descripción o referencia del lugar: \_\_\_\_\_  
 Estado: ZACATECAS Municipio: GUADALUPE Localidad: GUADALUPE  
 Asentamiento: CENTRO C.P.: 98600 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: JUBILADO/PENSIO  
 Pertenece a alguna AC: Sí: ☐ No: ☒Cuál? \_\_\_\_\_  
 Pensión, Beca o Apoyo: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? SIN DATO 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: 13-Enfermedad Articular Degenerativa Describa: OSTEARTRITIS BILATERAL  
 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: IMSS Fecha de Valoración: \_\_\_\_\_  
 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: 2-HIPERTENSIÓN ARTERIAL  
 Medicamentos: \_\_\_\_\_

### VIVIENDA

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





## INTEGRACIÓN FAMILIAR

Nombre:	Parentesco:	Edad:	Escolaridad:	Profesión u Oficio:	Discapacidad:	Ingreso:	Teléfono:
ABIGAIL RODRIGUEZ	HIJO(A)	42	7	130		6000.00	0

## REFERENCIAS PERSONALES


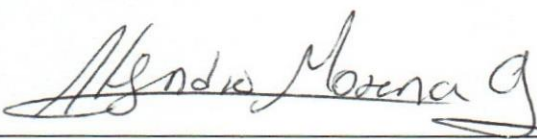
Nombre:	Parentesco:	Domicilio:	Profesión u Oficio:	Teléfono:
ABIGAIL RODRIGUEZ	HIJO(A)			0

## SERVICIOS SOLICITADOS

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

Fecha de Actualización:

Zacatecas, Zac. a 19-07-2024

Firma del responsable del llenado:	Firma de Autorización de uso de Datos Personales:
	
Raúl Fourzan Puente	ABIGAIL RAUDRY CAMPOS

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>