

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

Número de Expediente:

C-2020-48885

Fecha de Registro

2024-07-22 10:36:38

### DATOS GENERALES

Nombre: GLORIA HERNANDEZ SANCHEZ Género: Femenino Edad: 76 Estado Civil: Viudo(a)  
Fecha de nacimiento: 1948-01-29 Lugar de nacimiento: JEREZ  
CURP: HESG480129MZSRNL03 RFC: HESG480129 Teléfono:  Celular: 4941032551  
Domicilio: SOR JUANA INES DE LA CRUZ No. Ext: 3 No. Int.:   
Colonia: SANTA RITA Entre vialidades:   
Descripción o referencia del lugar:   
Estado: ZACATECAS Municipio: JEREZ Localidad: SANTA RITA  
Asentamiento: SANTA RITA C.P.: 99440 Correo-e:   
Sabe Leer? Sí: ☒ No: ☐ Estudia: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? N/A Habilidad: NO  
Nivel escolaridad: Primaria Concluida: ☐ Trunca: ☒ Cursando: ☐ No Aplica: ☐  
Trabaja: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? N/A Ingreso mensual: \$  Profesión/Oficio: HIGAR  
Pertenece a alguna AC: Sí: ☐ No: ☒ Cuál? N/A  
Pensión, Beca o Apoyo: Sí: ☒ No: ☐ Dónde? BIENESTAR Monto pensión: \$260000 Frecuencia: Mensual  
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: 20-Escoliosis Grado: 2-Moderado Describe: ESCOLIOSIS ESTRUCTURADA LUMBOSAC  
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: EDAD  
Fecha inicio discapacidad: 0213-10-25 Fuente de Valoración: UBR Fecha de Valoración: 2024-07-17  
Rehabilitación: Sí: ☐ No: ☒ Dónde?  Fecha de Inicio:  Duración:   
Tipo de Sangre: A Rh + Tiene cirugías?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de cirugía: VESICULA, ADERENCIAS  
Usa prótesis u órtesis?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de prótesis u órtesis: BASTO, ANDADERA.  
Requiere asistencia/supervisión? Siempre: ☐ Tareas específicas: ☒ Nunca: ☐ Duración: Permanente: ☐ Temporal: ☒ N/A: ☐  
Alergias: 133-POLVO Enfermedades: 4-ASMA  
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: 2 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: HIJOS Núm. dependientes económicos? 0

Página 1/2





## INTEGRACIÓN FAMILIAR

Nombre:	Parentesco:	Edad:	Escolaridad:	Profesión u Oficio:	Discapacidad:	Ingreso:	Teléfono:
---------	-------------	-------	--------------	---------------------	---------------	----------	-----------

## REFERENCIAS PERSONALES

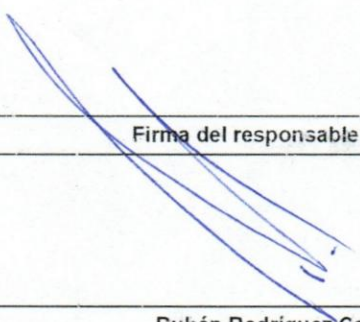
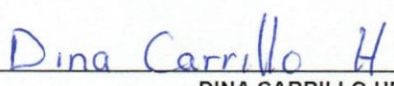
Nombre:	Parentesco:	Domicilio:	Profesión u Oficio:	Teléfono:
DINA CARRILLO HERNANDEZ	Hijo(a)	SOR JUANA INES DE LA CRUZ 3	EMPLADA	4941032551

## SERVICIOS SOLICITADOS

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

Fecha de Actualización:

Zacatecas, Zac. a 22-07-2024

Firma del responsable del llenado:	Firma de Autorización de uso de Datos Personales:
	
Rubén Rodríguez Campuzano	DINA CARRILLO HERNANDEZ

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>