

FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente:

C-1721-46912

Fecha de Registro

2024-07-29 12:36:45

DATOS GENERALES

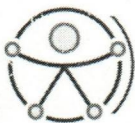
Nombre: ROMELIA GAYTAN RODRIGUEZ Género: Femenino Edad: 57 Estado Civil: Casado(a)
Fecha de nacimiento: 1967-04-06 Lugar de nacimiento: SAN JERONIMO
CURP: GARR670406MZSYDM06 RFC: GARR670406 Teléfono: Celular: 4924924330
Domicilio: DEL OLIVO No. Ext: 6 No. Int.:
Colonia: CENTRO Entre vialidades: ENTRE OLIVO Y ESCUELA PRIMARIA
Descripción o referencia del lugar: CERCA DE LA ESC. PRIMARIA
Estado: ZACATECAS Municipio: GUADALUPE Localidad: BAÑUELOS
Asentamiento: CENTRO C.P.: 98650 Correo-e:
Sabe Leer? Sí: ☒ No: ☐ Estudia: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? N/A Habilidad:
Nivel escolaridad: Primaria 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: Grado: Describe:
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: Fecha de Valoración:
Rehabilitación: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? Fecha de Inicio: Duración:
Tipo de Sangre: 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: 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? 0



INTEGRACIÓN FAMILIAR

Nombre:	Parentesco:	Edad:	Escolaridad:	Profesión u Oficio:	Discapacidad:	Ingreso:	Teléfono:
JESUS IBARRA SOLIS	Esposo(a)	59	Primaria	AGRICULTOR		2000	4929092673

REFERENCIAS PERSONALES

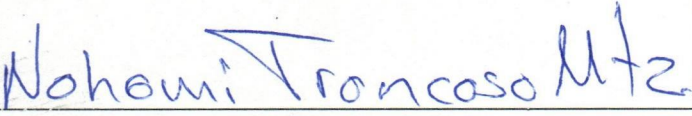

Nombre:	Parentesco:	Domicilio:	Profesión u Oficio:	Teléfono:
ROMELIA IBARRA GAYTAN	Hijo(a)	C. DEL SOL # 12-B BARRIO POSITO SANTO	HOGAR	4924924330

SERVICIOS SOLICITADOS

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

Fecha de Actualización:

Zacatecas, Zac. a 29-07-2024

Firma del responsable del llenado:	Firma de Autorización de uso de Datos Personales:
	
Nohemi Troncoso Martínez	ROMELIA IBARRA GAYTAN

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>