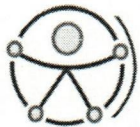




Zacatecas
GOBIERNO DEL ESTADO
2021-2027



INSTITUTO PARA LA ATENCIÓN E
INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS
CON DISCAPACIDAD
ESTADO DE ZACATECAS

FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente:

C-5603-48948

Fecha de Registro

2024-08-08 12:17:37

DATOS GENERALES

Nombre: MERCEDES RAMOS LOMA Género: Femenino Edad: 69 Estado Civil: _____
Fecha de nacimiento: 1954-09-24 Lugar de nacimiento: TEPECHITLAN
CURP: RALM540924MZSMMR09 RFC: RALM540924 Teléfono: _____ Celular: 4921014931
Domicilio: VIOLETAS No. Ext: 75 No. Int.: _____
Colonia: FRACC. FELIPE ANGELES Entre vialidades: C. ORQUIDEAS Y C. ALCATRACES
Descripción o referencia del lugar: EN LA CALLE DE ARRIBA ENFRENTA EL TEMPLO DE CRISTO REY
Estado: ZACATECAS Municipio: ZACATECAS Localidad: ZACATECAS
Asentamiento: FRACC. FELIPE ANGELES C.P.: 98054 Correo-e: _____
Sabe Leer? Sí: ☒ No: ☐ Estudia: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? _____ Habilidad: _____
Nivel escolaridad: Licenciatura Concluida: ☒ Trunca: ☐ Cursando: ☐ No Aplica: ☐
Trabaja: Sí: ☒ No: ☐ Dónde? _____ Ingreso mensual: \$ _____ Profesión/Oficio: JUBILADA
Pertenece a alguna AC: Sí: ☐ No: ☒Cuál? _____
Pensión, Beca o Apoyo: Sí: ☒ No: ☐ Dónde? _____ Monto pensión: \$1900000 Frecuencia: Mensual
Tipo de Seguridad Social: IMSS: ☐ ISSSTE: ☐ SSZ: ☐ Ninguno: ☒ Otro: _____ No. de SS: _____
Pertenece a otro Grupo Vulnerable: Sí: ☐ No: ☒Cuál(es)? _____

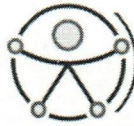
DATOS MÉDICOS

Tipo de discapacidad: Física: ☒ Intelectual: ☐ Sensorial: ☐ Múltiple: ☐ Psicosocial: ☐
Discapacidad: 03-Motora Grado: 2-Moderado Describe: POLINEUROPATIA MIXTA
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: DEFICIENCIA DEL SISTEMA PERIFERICO Y MOTRIZ
Fecha inicio discapacidad: 2020-07-20 Fuente de Valoración: IMSS Fecha de Valoración: 2024-05-09
Rehabilitación: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? _____ Fecha de Inicio: _____ Duración: _____
Tipo de Sangre: A Rh + Tiene cirugías?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de cirugía: OJOS, SENOS, COLOCACION DE CATETER PER
Usa prótesis u órtesis?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de prótesis u órtesis: BASTON, ANDADOR Y SILLA DE RUEDAS
Requiere asistencia/supervisión? Siempre: ☒ Tareas específicas: ☐ Nunca: ☐ Duración: Permanente: ☐ Temporal: ☐ N/A: ☐
Alergias: _____ Enfermedades: 1-DIABETES MELLITUS, 2-HIPERTENSIÓN ARTERIA
Medicamentos: 1-INSULINA, 20-LOZARTAN, 89-LEVOTIROXINA

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

Página 1/2



INTEGRACIÓN FAMILIAR

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

REFERENCIAS PERSONALES

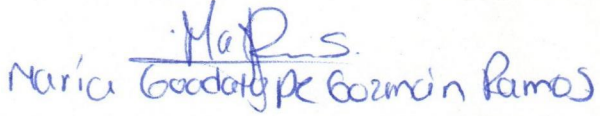
| Nombre: | Parentesco: | Domicilio: | Profesión u Oficio: | Teléfono: |
|------------------------------|-------------|--|---------------------|------------|
| MARIA GUADALUPE GUZMAN RAMOS | Hijo(a) | C. ESPAÑA # 39 COL. EMILIANO ZAPATA GPE. | SERV. PUBLICO | 4921014931 |

SERVICIOS SOLICITADOS

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

Fecha de Actualización: 2024-08-08 12:56:26

Zacatecas, Zac. a 08-08-2024

| Firma del responsable del llenado: | Firma de Autorización de uso de Datos Personales: |
|------------------------------------|---|
| |  |
| Nohemi Troncoso Martínez | MERCEDES RAMOS LOMA |

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>