



FORMATO DE PRE-REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD / ENLACES MUNICIPALES

Número de expediente: C-3203-48960

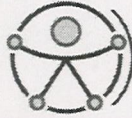
Fecha de registro: 12/08/2024

DATOS GENERALES:

Nombre: GLORIA MENCHACA MUÑOZ Género: FEMENINO Edad: 81
Estado Civil: VIUDA Fecha de nacimiento: 03/07/1943 Lugar de nacimiento: MORELOS ZACATECAS
CURP: MEMG430703MZSNXL09 RFC: MZSNXL09 Teléfono: _____ Celular: _____
Domicilio: AV. SAN ANTONIO No. Ext.: 221 No. Int.: _____
Colonia: CENTRO Entre vialidades: C. BUENAVISTA - C. DEL REFUGIO
Descripción o referencia del lugar: CERCA AL TEMPLO SAN ANTONIO DE PADUA
Estat: ZACATECAS Municipio: MORELOS Localidad: MORELOS
Asentamiento: MUNICIPIO C.P.: 98100 Correo-e: _____
Sabe leer? Si: ☒/ No: ☐/ Estudia? Si: ☐/ No: ☒/ Dónde? _____
Habilidad: TEJER Escolaridad: PRIMARIA Concluida: ☒/ Trunca: ☐/ Cursando: ☐/ No Aplica: ☐/ ¿Trabaja? Si: ☐/ No: ☒/ Dónde? _____ Ingreso Mensual: \$ 3000
Profesión/Oficio: HOGAR Pertenece a alguna A.C. Si: ☐/ No: ☒/ Dónde? _____
Pensión, Beca o apoyo: Si: ☒/ No: ☐/ Dónde? BIENESTAR ADULTO MAYOR
Monto de pensión: \$ 3000 Frecuencia: C/D MES
Seguridad Social: IMSS ☐/ ISSSTE ☐/ SSZ ☒/ Ninguno: ☐/ otro _____ No. SS.: _____
Pertenece a un grupo vulnerable: Si: ☒/ No: ☐/ ¿Cuál(es): PERSONA CON DISCAPACIDAD

DATOS MÉDICOS

Tipo de Discapacidad: Física: ☒/ Intelectual: ☐/ Sensorial: ☐/ Múltiple: ☐/ Psicosocial: ☐/ Discapacidad: MOTORA Grado: _____
Descripción: PROBLEMA PARA LA DEAMBULACIÓN
Usa Braille: Si: ☐/ No: ☒/ N/A: ☐/ Sabe LSM: Si: ☐/ No: ☒/ N/A: ☐/ Sabe lectura labiofacial: Si: ☐/ No: ☒/ N/A: ☐/ Causa: Nacimiento ☐/ Congénito ☐/ Genético ☐/ Hereditario ☐/ Enfermedad ☒/ Accidente ☐/ Violencia ☐/ Adicción ☐/ Desconoce ☐/ Otro ☐/ especifique: _____
Inicio de discapacidad: UN PAR DE AÑOS Fuente de valoración: MEDICA Fecha de valoración: 31/07/2024
Rehabilitación: Si: ☐/ No: ☒/ N/A: ☐/ Dónde?: _____ F. inicio: _____ Duración: _____
Tipo de sangre: A+ Tiene cirugías: Si: ☐/ No: ☐/ Tipo de cirugías: COLUMNA
Usa prótesis u órtesis: Si: ☐/ No: ☐/ Tipo de prótesis u órtesis: _____
Requiere asistencia/supervisión: siempre ☐/ tareas específicas ☒/ nunca ☐/ Duración: permanente ☐/ Temporal ☐/ N/A ☐/ Alergias: Si: ☐/ No: ☒/ Cuáles: _____
Enfermedades: HIPERTENSION, OSTEOPOROSIS
Medicamentos: Si: ☒/ No: ☐/ Cuáles: ENALAPRIL, GLIBENCLAMIDA, COMPLEJO B, METFORMINA



VIVIENDA

Propia: ☒ / Prestada: ☐ / Rentada: ☐ La vivienda está a su nombre: Si: ☐ / No: ☐

Tipo de vivienda: Casa: ☒ / Departamento: ☐ / Vecindad: ☐ / Otro: ☐

No. de dormitorios: 3 Cocina: ☒ / Sala: ☒ / Baño: ☒ / No. 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: Si: ☐ / No: ☒ / De quién: ☐ No. dependientes económicos: ☐

INTEGRACIÓN FAMILIAR:

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	PROF/OFIC	DISCAPACIDAD	INGRESO	TELÉFONO
RUBEN DARIO TREJO MENCHACA	HIJO	39	PROFECIONAL	EMPLEADO	NO	6000	4921378791
ZULMA URIANA RAYGOZA V.	NUERA	39	PROFECIONAL	EMPLEADA	NO	5000	4921355904

REFERENCIA:

NOMBRE	PARENTESCO	DOMICILIO	PROF/OFIC	TELÉFONO
RODOLFO TREJO MENCHACA	HIJO	C. JIMENEZ NO.250	DESEMPLEADO	4921165371

SERVICIOS SOLICITADOS:

FECHA DE SOLICITUD	TIPO DE SOLICITUD	DESCRIPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	ESTATUS
31-07-24	Tarjetón	Tn. 2588	12/08/24	Entregado
31-07-24	Credencial		12/08/24	Entregado

FECHA DE ACTUALIZACIÓN

12/08/2024

FIRMA DE RESPONSABLE DE LLENADO

J.A.T.G.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES

Zulma U. Raygoza Villaseñor.