

FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente:

C-5650-9188

Fecha de Registro

2007-08-28 00:00:00

DATOS GENERALES

Nombre: MARISA VILLEGAS MARISCAL Género: Femenino Edad: 45 Estado Civil: Casado(a)
Fecha de nacimiento: 1978-10-23 Lugar de nacimiento: ZACATECAS
CURP: VIMM781023MZSLRR02 RFC: VIMM7810233MZ Teléfono: 4921863945 Celular: 4928693780
Domicilio: FRANCISCO MUJICA No. Ext: 212 No. Int.: S/N
Colonia: FERNANDO PAMANES ESCOBEDO Entre vialidades: S/N
Descripción o referencia del lugar:
Estado: ZACATECAS Municipio: ZACATECAS Localidad:
Asentamiento: C.P.: 98089 Correo-e:
Sabe Leer? Sí: ☐ No: ☒ Estudia: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? Habilidad:
Nivel escolaridad: Ninguno Concluida: ☐ Trunca: ☒ Cursando: ☐ No Aplica: ☐
Trabaja: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? Ingreso mensual: \$ Profesión/Oficio: HOGAR
Pertenece a alguna AC: Sí: ☐ No: ☒ Cuál?
Pensión, Beca o Apoyo: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? Monto pensión: \$ Frecuencia:
Tipo de Seguridad Social: IMSS: ☐ ISSSTE: ☐ SSZ: ☐ Ninguno: ☒ Otro: ☐ No. de SS:
Pertenece a otro Grupo Vulnerable: Sí: ☐ No: ☒ Cuál(es)?

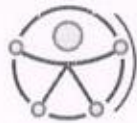
DATOS MÉDICOS

Tipo de discapacidad: Física: ☐ Intelectual: ☐ Sensorial: ☐ Múltiple: ☒ Psicosocial: ☐
Discapacidad: 50-Motora Intelectual Grado: 2-Moderado Describe: ANTECEDENTE PATOLOGICO RETRASO M
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: HIPOXIA NEONATAL
Fecha inicio discapacidad: 1978-10-23 Fuente de Valoración: SSZ Fecha de Valoración: 2024-07-31
Rehabilitación: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? Fecha de Inicio: Duración:
Tipo de Sangre: O Rh + Tiene cirugías?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de cirugía: MUELA
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: 1-DIABETES MELLITUS, 2-HIPERTENSIÓN ARTERIA
Medicamentos: 2-CARBAMAZEPINA

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: 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? 3

Página 1/2



INTEGRACIÓN FAMILIAR

Nombre:	Parentesco:	Edad:	Escolaridad:	Profesión u Oficio:	Discapacidad:	Ingreso:	Teléfono:
LEOBARDO	HERMANO(A)	40	2	9		2800.00	0
CRISTINA MARISCÁL	MADRE	65	2	3		0.00	0

REFERENCIAS PERSONALES



Nombre:	Parentesco:	Domicilio:	Profesión u Oficio:	Teléfono:
---------	-------------	------------	---------------------	-----------

SERVICIOS SOLICITADOS

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

Fecha de Actualización: 2024-07-31 11:55:46

Zacatecas, Zac. a 31-07-2024

Firma del responsable del llenado:	Firma de Autorización de uso de Datos Personales:
	
Raúl Fourzan Puente	ZAJARULA VILLEGAS PINTOR

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>