

FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente: **C-5603-27645**

Fecha de Registro: **2015-04-27 00:00:00**

DATOS GENERALES

Nombre: **IRMA MALDONADO VEGA** Género: **Femenino** Edad: **62** Estado Civil: **Divorciado(a)**
 Fecha de nacimiento: **1962-03-04** Lugar de nacimiento: **LA ESCONDIDA ZACATECAS**
 CURP: **MAVI620304MZSLGR08** RFC: **MAVI620304** Teléfono: _____ Celular: **4921129744**
 Domicilio: **MANZANO** No. Ext: **188** No. Int.: **S/N**
 Colonia: **MIGUEL HIDALGO 3RA SECC** Entre vialidades: **S/N**
 Descripción o referencia del lugar: _____
 Estado: **ZACATECAS** Municipio: **ZACATECAS** Localidad: **ZACATECAS**
 Asentamiento: **MIGUEL HIDALGO III SECCIÓN** C.P: **98000** Correo-e: _____
 Sabe Leer? Sí: ☐ No: ☒ Estudia: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? _____ Habilidad: _____
 Nivel escolaridad: **Primaria** 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)? **7-Jefa de Familia**

DATOS MÉDICOS

Tipo de discapacidad: Física: ☒ Intelectual: ☐ Sensorial: ☐ Múltiple: ☐ Psicosocial: ☐
 Discapacidad: **03-Motora** Grado: **1-Leve** Describe: **ARTROMETRIA MANO DERECHA**
 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: **FRACTURA RADIOCUBITAL**
 Fecha inicio discapacidad: **2010-01-01** Fuente de Valoración: **SSZ** Fecha de Valoración: **2015-03-17**
 Rehabilitación: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? _____ Fecha de Inicio: _____ Duración: _____
 Tipo de Sangre: _____ Tiene cirugías?: Sí: ☒ No: ☐ Tipo de cirugía: **BRAZO**
 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: **2-HIPERTENSIÓN ARTERIAL**
 Medicamentos: **78-DICLOFENACO, 20-LOZARTAN**

VIVIENDA

Propia: ☒ Prestada: ☐ Rentada: ☐ Está a su nombre?: Sí: ☒ No: ☐
 Tipo de vivienda: Casa: ☐ Departamento: ☐ Vecindad: ☒ Otro: ☐
 No. de dormitorios: **1** Cocina: ☐ Sala: ☐ Baño: ☒ Num. Baños: **1** 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**

