



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

Número de expediente: C-2003-48916 Fecha de registro: 30/07/2024

DATOS GENERALES:

Nombre: Ma. Guadalupe Pichardo Torres Género: M Edad: 57
Estado Civil: Casada Fecha de nacimiento: 16/01/1967 Lugar de nacimiento: Jerez
CURP: PIT6670116M25CRAH RFC: PIT6670116000 Teléfono: 494 9455854 Celular: _____
Domicilio: Kennedy No. Ext.: 1 No. Int.: _____
Colonia: Zaragoza Entre vialidades: 3 cruces y Estrella
Descripción o referencia del lugar: En esquina casa color melon
Estat: Zacatecas Municipio: Jerez Localidad: Jerez
Asentamiento: Urbano C.P.: 99320 Correo-e: No tiene
Sabe leer? Si: X/ No: ___/ Estudia? Si: ___/ No: X/ Dónde? _____
Habilidad: 1 Escolaridad: Universidad Concluida: ___/ Trunca: X/ Cursando: ___/
No Aplica: ___/ ¿Trabaja? Si: ___/ No: X/ Dónde? _____ Ingreso Mensual: \$ 3000
Profesión/Oficio: Ama de casa Pertenece a alguna A.C. Si: ___/ No: ___/ Dónde? _____
Pensión, Beca o apoyo: Si: X/ No: ___/ Dónde? Bienestar
Monto de pensión: \$ 6000 Frecuencia: Bimestral
Seguridad Social: IMSS X/ ISSSTE ___/ SSZ ___/ Ninguno: X/ otro: _____ No. SS.: 34856702179
Pertenece a un grupo vulnerable: Si: ___/ No: X/ ¿Cuál(es): _____

DATOS MÉDICOS

Tipo de Discapacidad: Física: X/ Intelectual: ___/ Sensorial: ___/ Múltiple: ___/ Psicosocial: ___/
Discapacidad: _____ Grado: _____
Descripción: Hernia discal L4-L5 con neuropatía, serositas de cirugía condrodisplasia Moritz
Uso Braille: Si: ___/ No: X/ N/A: ___/ Sabe LSM: Si: ___/ No: X/ N/A: ___/ Sabe lectura labiofacial: Si: ___/ No: X/ N/A: ___/
Causa: Nacimiento ___/ Congénito ___/ Genético ___/ Hereditario ___/ Enfermedad X/ Accidente ___/ Violencia ___/
Adicción ___/ Desconoce ___/ Otro ___/ especifique: después de cirugías no puede moverse
Inicio de discapacidad: 2021 Fuente de valoración: SSZ Fecha de valoración: 8/5/2024
Rehabilitación: Si: X/ No: ___/ N/A: ___/ Dónde?: UBR Jerez F. inicio: 2020 Duración: 2021
Tipo de sangre: O+ Tiene cirugías: Si: X/ No: ___/ Tipo de cirugías: 3 de columna
Lumbar
Usa prótesis u órtesis: Si: ___/ No: X/ Tipo de prótesis u órtesis: No usa instrumentación
Requiere asistencia/supervisión: siempre ___/ tareas específicas ___/ nunca X/ Duración: permanente ___/ Temporal ___/ N/A ___/
Alergias: Si: ___/ No: X/ Cuáles: _____
Enfermedades: Hernia discal L4-L5
Medicamentos: Si: ___/ No: X/ Cuáles: No toma



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: 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: Si: ☒ / No: ☐ / De quién: Hijo . No. dependientes económicos: 1

INTEGRACIÓN FAMILIAR:

| NOMBRE | PARENTESCO | EDAD | ESCOLARIDAD | PROF/OFIC | DISCAPACIDAD | INGRESO | TELÉFONO |
|---------------------------------|------------|------|-------------|-----------|--------------|---------|------------|
| Steve Bulbow Sotelo Esposo | | 60 | Profesional | Medico | No | 12000 | 4941006607 |
| Alan Kieve Bulbow Pichardo Hijo | | 18 | Estudiante | | No | - | - |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

REFERENCIA:

| NOMBRE | PARENTESCO | DOMICILIO | PROF/OFIC | TELÉFONO |
|----------------------|------------|----------------------|-----------|------------|
| Ma de Jesus Pichardo | Hermana | Atameda Poniente #19 | | 4949457648 |

SERVICIOS SOLICITADOS:

| FECHA DE SOLICITUD | TIPO DE SOLICITUD | DESCRIPCIÓN | FECHA DE ENTREGA | ESTATUS |
|--------------------|-----------------------|-------------|------------------|---------|
| 17/05/2024 | Targeton y credencial | | | |
| | | | | |
| | | | | |

FECHA DE ACTUALIZACIÓN

30/07/2024

FIRMA DE RESPONSABLE DE LLENADO

FIRMA DE AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES

Ricardo de Luna P.