



FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente:

Fecha de Registro

DATOS GENERALES

Nombre: ANA MARIA MEDRANO MADERA Género: Femenino Edad: 57 Estado Civil: Casado(a)
Fecha de nacimiento: 1966-10-19 Lugar de nacimiento: MEZQUITTIC JALISCO
CURP: MEMA661019MJCDDN09 RFC: MEMA661019 Teléfono: Celular: 4921326379
Domicilio: ALVARO OBREGON No. Ext: 208 No. Int.: B
Colonia: BELLAVISTA Entre vialidades: GARCIA SALINAS
Descripción o referencia del lugar: 2 CALLES DETRÁS DE LA GUARDERÍA
Estado: ZACATECAS Municipio: ZACATECAS Localidad: ZACATECAS
Asentamiento: BELLAVISTA C.P.: 98080 Correo-e:
Sabe Leer? Si: ☒ No: ☐ Estudia: Si: ☐ No: ☒ ¿Dónde? N/A
Nivel escolaridad: Técnica Concluida: ☒ Trunca: ☐ Cursando: ☐ No Aplica: ☐ Habilidad:
Trabaja: Si: ☐ No: ☒ ¿Dónde? N/A Ingreso mensual: \$ Profesión/Oficio: HOGAR
Pertenece a alguna AC: Si: ☐ No: ☒ ¿Cuál? N/A
Pensión, Beca o Apoyo: Si: ☐ No: ☒ ¿Dónde? N/A Monto pensión: \$ Frecuencia:
Tipo de Seguridad Social: IMSS: ☐ ISSSTE: ☒ SSZ: ☐ Ninguno: ☐ Otro: No. de SS: MEMA661019
Pertenece a otro Grupo Vulnerable: Si: ☐ No: ☒ Cuál(es)?

DATOS MÉDICOS

Tipo de discapacidad: Física: ☐ Intelectual: ☐ Sensorial: ☒ Múltiple: ☐ Psicosocial: ☐
Discapacidad: 25-Baja Visión Grado: 2-Moderado Describa: AMAUROSIS OJO DER. GLAUCOMA
Usa Braille: Si: ☐ No: ☒ N/A: ☐ Sabe LSM?: Si: ☐ No: ☐ N/A: ☒ Sabe Lectura Labiofacial?: Si: ☐ No: ☐ N/A: ☒
Causa: Nacimiento: ☐ Congénita: ☐ Genética: ☐ Hereditaria: ☐ Enfermedad: ☒ Accidente: ☐ Violencia: ☐ Adicción: ☐
Otra: ☐ Desconoce: ☐ Especifique: AMAUROSIS OJO DER. GLAUCOMA
Fecha inicio discapacidad: 2022-08-12 Fuente de Valoración: ISSSTE Fecha de Valoración: 2024-08-07
Rehabilitación: Si: ☐ No: ☒ ¿Dónde? Fecha de Inicio: Duración:
Tipo de Sangre: B Rh + Tiene cirugías?: Si: ☒ No: ☐ Tipo de cirugía: NARIZ, SALPINGO, OJO
Usa prótesis u órtesis?: Si: ☐ No: ☒ Tipo de prótesis u órtesis:
Requiere asistencia/supervisión? Siempre: ☐ Tareas específicas: ☐ Nunca: ☒ Duración: Permanente: ☐ Temporal: ☐ N/A: ☒
Alergias:
Enfermedades: 14-HIPOTIROIDISMO

Medicamentos: 28-LEVOTIROXINA

VIVIENDA

Propia: ☒ Prestada: ☐ Rentada: ☐ Está a su nombre?: Si: ☒ No: ☐
Tipo de vivienda: Casa: ☒ Departamento: ☐ Vecindad: ☐ Otro:
No. de dormitorios: 4 Cocina: ☒ Sala: ☒ Baño: ☒ Num. Baños: 2 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: Lavaradora: ☒ Disp. Inteligente: ☐ Microondas: ☒ T.V.: ☒ Computadora: ☒ Licuadora: ☒
Estufa: ☒ Refrigerador: ☒ Otro: ☐
Es dependiente económico? Si: ☐ No: ☒ Indique de quién: Núm. dependientes económicos? 2

Página 1/2



INTEGRACIÓN FAMILIAR

Nombre:	Parentesco:	Edad:	Escolaridad:	Profesión u Oficio:	Discapacidad:	Ingreso:	Teléfono:
OMAR AYALA MEDRANO	Hijo(a)	33	Licenciatura INSTRUCTOR DE GIMNASIO				4921010818
MARCO ALCNSO AYALA MEDRANO	Hijo(a)	26	Licenciatura DESEMPLEADO				4921112207
ANA KAREN AYALA MEDRANO	Hijo(a)	23	Licenciatura DESEMPLEADO				4928925985

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre:	Parentesco:	Domicilio:	Profesión u Oficio:	Teléfono:
GENOVEVA AVILA FLORES	Amigo(a)	C. MINERO ROQUE #50 COL. LA HERRADURA ZACATECAS	HOGAR	4921013049

SERVICIOS SOLICITADOS

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

Fecha de Actualización:
Zacatecas, Zac. a 12-08-2024

Firma del responsable del llenado:	Firma de Autorización de uso de Datos Personales:
 Raúl Fourzan Puente	 ANA MARIA MEDRANO MADERA