



FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente:

C-5625-26

Fecha de Registro

2024-02-06 09:17:19

DATOS GENERALES

Nombre: Ana Elisa Barba Pinedo Género: Femenino Edad: 41 Estado Civil: Casado(a)
Fecha de nacimiento: 1982-12-12 Lugar de nacimiento: Guadalajara Jalisco
CURP: BAPA821212MJCRNN04 RFC: BAPA821212N84 Teléfono: 4921001418 Celular: 4921001418
Domicilio: de la Colina No. Ext: 218 No. Int.: A
Colonia: Loma Bonita Entre vialidades: FRENTE A UAZ SIGLO XXI
Descripción o referencia del lugar: Reja blanca
Estado: ZACATECAS Municipio: ZACATECAS Localidad: ZACATECAS
Asentamiento: LOMA BONITA C.P.: 98160 Correo-e: aebarp@gmail.com
Sabe Leer? Sí: ☒ No: ☐ Estudia: Sí: ☒ No: ☐ Dónde? Pública Regular Habilidad: PROGRAMAR
Nivel escolaridad: Licenciatura Concluida: ☒ Trunca: ☐ Cursando: ☐ No Aplica: ☐
Trabaja: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? N/A Ingreso mensual: \$ 12,501 - \$19,500 Profesión/Oficio: INGENIERO
Pertenece a alguna AC: Sí: ☐ No: ☒ Cuál? N/A
Pensión, Beca o Apoyo: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? N/A Monto pensión: \$ Frecuencia:
Tipo de Seguridad Social: IMSS: ☒ ISSSTE: ☐ SSZ: ☐ Ninguno: ☐ Otro: No. de SS: 34108208747
Pertenece a otro Grupo Vulnerable: Sí: ☒ No: ☐ Cuál(es)? Jefa de Familia

DATOS MÉDICOS

Tipo de discapacidad: Física: ☐ Intelectual: ☐ Sensorial: ☒ Múltiple: ☐ Psicosocial: ☐
Discapacidad: 25-Baja Visión Grado: 1-Leve Describe: Astigmatismo
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: Uso de pantallas durante su trabajo
Fecha inicio discapacidad: 2023-01-01 Fuente de Valoración: IMSS Fecha de Valoración: 2024-01-31
Rehabilitación: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? Fecha de Inicio: Duración:
Tipo de Sangre: A Rh + Tiene cirugías?: Sí: ☐ No: ☒ Tipo de cirugía:
Usa prótesis u órtesis?: Sí: ☐ No: ☒ Tipo de prótesis u órtesis:
Requiere asistencia/supervisión? Siempre: ☐ Tareas específicas: ☐ Nunca: ☒ Duración: Permanente: ☐ Temporal: ☐ N/A: ☐
Alergias: Ciprofloxacino Enfermedades: Enfermedades no reportadas
Medicamentos: Medicamentos no reportadas

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: 3 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

