



FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente:

C-1705-48945

Fecha de Registro

2024-08-07 14:21:46

DATOS GENERALES

Nombre: TADEO ANTONIO VELA RODRIGUEZ Género: Masculino Edad: 3 Estado Civil: Soltero(a)
Fecha de nacimiento: 2020-11-27 Lugar de nacimiento: ZACATECAS
CURP: VERT201127HZSLDDA6 RFC: VERT201127 Teléfono: Celular: 4925935111
Domicilio: ANDADOR AGUSTINOS No. Ext: 23 No. Int.:
Colonia: GUADALUPE COLONIAL Entre vialidades: RINCON COLONIAL
Descripción o referencia del lugar: POR CASA AMARILLA
Estado: ZACATECAS Municipio: GUADALUPE Localidad: GUADALUPE
Asentamiento: GUADALUPE COLONIAL C.P.: 98616 Correo-e:
Sabe Leer? Sí: ☐ No: ☒ Estudia: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? N/A Habilidad:
Nivel escolaridad: Ninguno Concluida: ☐ Trunca: ☐ Cursando: ☐ No Aplica: ☒
Trabaja: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? N/A Ingreso mensual: \$ Profesión/Oficio: NINGUNA
Pertenece a alguna AC: Sí: ☐ No: ☒ Cuál? N/A
Pensión, Beca o Apoyo: Sí: ☒ No: ☐ Dónde? BIENESTAR Monto pensión: \$310000 Frecuencia: Bimestral
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: 05-Psicomotor Grado: 2-Moderado Describe: RETRASO GLOBAL DE DESARROLLO
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: RETRASO GLOBAL DE DESARROLLO
Fecha inicio discapacidad: 2020-11-27 Fuente de Valoración: Fecha de Valoración: 2024-08-01
Rehabilitación: Sí: ☒ No: ☐ Dónde? TELETON Fecha de Inicio: 2023-07-13 Duración: 18 meses o más
Tipo de Sangre: O 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: Enfermedades:
Medicamentos:

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: 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: Lavadora: ☒ Disp. Inteligente: ☐ Microondas: ☒ T.V.: ☒ Computadora: ☐ Licuadora: ☒
Estufa: ☒ Refrigerador: ☒ Otro:
Es dependiente económico? Sí: ☒ No: ☐ Indique de quién: PADRES Núm. dependientes económicos? 0

