

REGISTRO PARA LA CREDENCIAL NACIONAL CON DISCAPACIDAD

ESTE ESPACIO SERA LLENADO POR LA PROMOTORIA
Certificado de Persona con Discapacidad:

Fecha de expedición: _____

Inst. médica otorgante: **UNIDAD BÁSICA DE REHABILITACIÓN, "VIDA NUEVA Y FELIZ"**

Medico: **Dra. Ma. Andrea García y Carmona**

Cédula Prof. **8988896**

Identificación de la Persona con Discapacidad:

Apellido Paterno: **Garay**

Apellido Materno: **Badillo**

Nombre: **Claudia Elizabeth**

Sexo: **Femenino** CURP: **GABC980530MSPRDL01**

Fecha de nacimiento: **30 Mayo de 1998**

Municipio de Nacimiento: **Matehuala**

Localidad o Colonia: **Matehuala**

Entidad de Nacimiento: **San Luis Potosí**

Lugar de residencia:

Municipio: **Villa de La Paz**

Entidad: **San Luis Potosí**

Localidad o colonia: **La Boca**

Calle: **Domicilio conocido.**

Num. Ext.: **# s/n** NUM. INT. **--**

Telefono: _____ C.P. **78837**

Celular: **0456741065134**

En caso de accidente avisar a:

Apellido Paterno: Garay

Apellido materno: Villalpando

Nombre: Ma. de Jesús

Parentesco: Tía

Dirección: Domicilio conocido # S/N, La Boca, Municipio de Villa de La Paz, S.L.P.

Teléfono: 488 88 5 38 80

Datos socioeconómicos:

Nivel de instrucción: Primaria

Sabe leer: Si

Trabaja actualmente: No

Identificación de la discapacidad:

*Discapacidad 1: Auditiva **Grado 1: Severa

*Discapacidad 2: Lenguaje **Grado 2: Severa

*Discapacidad 3: Intelectual **Grado 3: Severa

Causa: Congénita Disc. Múltiple: _____
Accidente, congénita, maltrato o enfermedad

En caso de existir una, dos ó tres discapacidades anotarlas y el grado de las mismas.

*Discapacidad		**Grado
Neuromotora	Otra	Leve
Auditiva	Ninguna	Moderado
Musculoesquelética		Grave
Visual		Ninguna
Lenguaje		
Intelectual		
Múltiple		

ESTE ESPACIO SERA LLENADO POR LA PROMOTORIA:

Inicio Enf.: _____ - _____

Inicio Discap: **1998**

CIE Enfermedad: _____ - _____

CIE Discap: **H90.3**

Diagnostico: **CORTICOPATIA CONGENITA BILATERAL HIPOACUSIA MODERADA-SEVERA**

Derechohabiciencia:

SSA _____ SDN _____ SM _____ IMSS **X** DIF _____ IMSS-oportunidades
 PEMEX _____ ISSSTE _____ NINGUNA _____ Inst. Privada _____ **X** Seguro Popular
 Se ignora _____ Otra _____

Servicios de rehabilitación recibida a la fecha:

Medico especialista	<u>✓</u>	_____	Enseñanza a señas
Terapia física	_____	_____	Adaptación de prótesis y ortesis
Terapia ocupacional	_____	_____	<u>✓</u> Apoyo psicológico
Terapia de lenguaje	<u>✓</u>	_____	
Atención psiquiátrica	_____	_____	
Educación especial	_____	_____	

Apoyos funcionales que usa actualmente:

Prótesis de:

Extremidades superiores _____ Extremidades inferiores _____

Ortesis de:

Extremidades superiores _____ Tronco y cuello _____
 Extremidades inferiores _____

Apoyos o ayudas:

Bastón	_____	_____	Andadera
Silla de ruedas	_____	_____	Muleta auxiliar
Muleta canadiense	_____	_____	Lentes
Auxiliar auditivo	_____	_____	Interprete
Ayudas técnicas	_____	_____	Tablero de Comunicación
Ninguna	<u>X</u>	_____	

REGISTRO DE CREDENCIAL NACIONAL DE DISCAPACIDAD

HUELLA DEL DEDO

FIRMA DE INTERESADO

NOTA: FAVOR DE TOMAR SOLAMENTE UNA HUELLA Y MARCAR EL RECUADRO

PULGAR DERECHO
 INDICE DERECHO
 MEDIO DERECHO
 ANULAR DERECHO
 MEÑIQUE DERECHO

X

PULGAR IZQUIERDO
 INDICE IZQUIERDO
 MEDIO IZQUIERDO
 ANULAR IZQUIERDO
 MEÑIQUE IZQUIERDO

PEGAR FOTOGRAFIA

ACTA DE NACIMIENTO

ENTIDAD DE REGISTRO San Luis Potosí

MUNICIPIO DE REGISTRO Villa de la Paz

FECHA DE REGISTRO 15 de Junio 1982

ACTA No. 099

OFICIALIA: 01