

REGISTRO PARA LA CREDENCIAL NACIONAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Certificado de Persona con Discapacidad:

Fecha de expedición.: _____

Inst. médica otorgante: _____

Médico: _____

Cédula Prof: _____

Identificación de la Persona con Discapacidad:

Apellido paterno: _____

Apellido Materno: _____

Nombre: _____

Sexo: _____ CURP _____

Fecha de nacimiento: _____

Municipio de nacimiento: _____

Localidad o colonia: _____

Entidad de nacimiento: _____

Lugar de Residencia:

Municipio: _____

Entidad: _____

Localidad o colonia: _____

Calle: _____

Número ext.: _____ Núm. Int.: _____

Teléfono: _____ C.P. _____

Celular: _____

En caso de accidente avisar a:

Apellido paterno: _____

Apellido materno: _____

Nombre: _____

Parentesco: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Datos Socio Economicos:

Nivel de instrucción: _____

Sabe leer: _____

Trabaja actualmente: _____

Identificación de la Discapacidad:

*Discapacidad 1: _____ **Grado 1: _____

*Discapacidad 2: _____ **Grado 2: _____

*Discapacidad 3: _____ **Grado 3: _____

Causa: _____ Disc. Múltiple: si ó no

Accidente, congénita, maltrato ó 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		

Inicio Enf. : _____ Inicio Discap: _____
 CIE Enfermedad: _____ CIE Discap: _____
 Diagnóstico: _____

Derechohabiencia:

____ SSA ____ SDN ____ SM ____ IMSS ____ DIF ____ IMSS-Solidaridad
 ____ PEMEX ____ ISSSTE ____ NINGUNA ____ Inst. Privada ____ Seguro Popular
 ____ Se ignora ____ Otra

Servicios de rehabilitación recibida a la fecha:

Médico especialista	_____	_____	Enseñanza a señas
Terapia física	_____	_____	Adaptación de prótesis y ortesis
Terapia ocupacional	_____	_____	Apoyo psicológico
Terapia de lenguaje	_____	_____	Rehabilitación profesional
Atención psiquiátrica	_____	_____	Ninguno
Educación especial	_____	_____	Otro

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
Ninguno	_____	_____	

REGISTRO CREDENCIAL NACIONAL DE DISCAPACIDAD

HUELLA DEL DEDO

FIRMA DE INTERESADO

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

PULGAR DERECHO
 INDICE DERECHO
 MEDIO DERECHO
 ANULAR DERECHO
 MEÑIQUE DERECHO

PULGAR IZQUIERDO
 INDICE IZQUIERDO
 MEDIO IZQUIERDO
 ANULAR IZQUIERDO
 MEÑIQUE IZQUIERDO

PEGAR FOTOGRAFIA

ACTA DE NACIMIENTO :

ENTIDAD DE REGISTRO _____

MUNICIPIO DE REGISTRO _____

FECHA DE REGISTRO _____

FOLIO O ACTA No. _____

OFICIALIA: _____

LIBRO: _____