

**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: \_\_\_\_\_

**Derechohabiciencia:**

\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_