

**REGISTRO PARA LA CREDENCIAL NACIONAL DE  
PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

**Certificado de Persona con Discapacidad:**

Fecha de expedición: \_\_\_\_\_

Inst .medica otorgante: \_\_\_\_\_

Medico: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Numero: ext.: \_\_\_\_\_ Núm. Int.: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

**En caso de accidente avisar a:**

Apellido paterno: \_\_\_\_\_

Apellido materno: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Datos Socio Económicos:**

Nivel de Instrucción: \_\_\_\_\_

Sebe leer: \_\_\_\_\_

Trabaja actualmente: \_\_\_\_\_

**Identificación de la Discapacidad:**

\*Discapacidad 1: \_\_\_\_\_ \*\* Grado 1 \_\_\_\_\_

\*Discapacidad 2: \_\_\_\_\_ \*\* Grado 2 \_\_\_\_\_

\*Discapacidad 3: \_\_\_\_\_ \*\* Grado 3 \_\_\_\_\_

Causa: \_\_\_\_\_ Disc. Múltiple: \_\_\_\_\_ SI O NO

Accidente, congénita: maltrato ó enfermedad

En caso de existir una, dos o tres discapacidades anotarlas. Y el grado de las mismas.

- |                     |         |          |
|---------------------|---------|----------|
| *Discapacidad       |         | **Grado  |
| Neuromotora         | Otra    | Leve     |
| Auditiva            | Ninguna | Moderado |
| Musculo esquelética |         | Grave    |
| Visual              |         |          |
| Lenguaje            |         |          |
| Intelectual         |         |          |
| Múltiple            |         |          |

Inicio Enf: \_\_\_\_\_

inicio Discap: \_\_\_\_\_

CIE Enfermedad: \_\_\_\_\_

CIE Discap: \_\_\_\_\_

Diagnostico: \_\_\_\_\_

**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:**

Medico 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
Ayuda técnica	_____	_____	Tablero de comunicación
Ninguno	_____	_____	

REGISTRO CREDENCIAL NACIONAL DE DISCAPACIDAD

--	--	--

HUELLA DEL DEDO

FIRMA DEL INTERESADO

**NOTA: FAVOR DE TOMAR SOLAMENTE UNA HUELLA Y MARCA EL RÉCUADRO CORRESPONDIENTE**

PULGAR DERECHO


ÍNDICE 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.

OFICIALÍA:

LIBRO:

_____
_____
_____
_____
_____
_____