

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 _____
 Extremidades inferiores _____ _____ Tronco y cuello

Apoyos o ayudas:

Bastón	_____	_____	Andadera
Silla de ruedas	_____	_____	Muleta auxiliar
Muleta canadiense	_____	_____	Lentes
Auxiliar auditivo	_____	_____	Interprete
Ayudas técnicas	_____	_____	Tablero de comunicación
Ninguno	_____	_____	

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:
