

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: _____



PROSPEREMOS JUNTOS
Gobierno del Estado 2015-2021

**DIF
ESTATAL
CREE**

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: _____

Derechohabiliencia:

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 _____

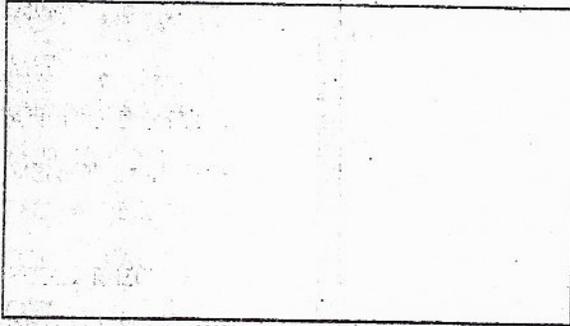
Ortesis de:
 Extremidades superiores _____ Tronco y cuello _____
 Extremidades inferiores _____

Apoyos o ayudas:

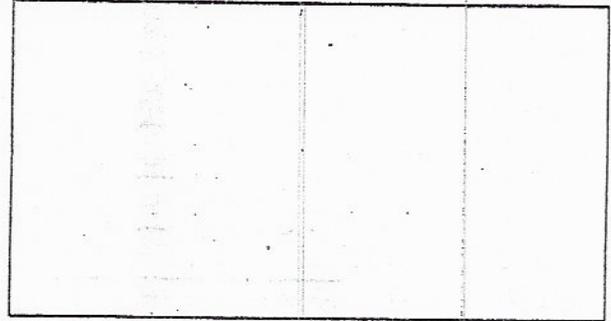
Bastón	_____	Andadera	_____
Silla de ruedas	_____	Muleta auxiliar	_____
Muleta canadiense	_____	Lentes	_____
Auxiliar auditivo	_____	Interprete	_____
Ayudas técnicas	_____	Tablero de comunicación	_____
Ninguno	_____		

NOTA: FAVOR DE

FILICITACION



HUELLA DEL DEDO



FIRMA DE INTERESADO

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

PULGAR DERECHO

INDICE DERECHO

MÉDIO DERECHO

ANULAR DERECHO

MEÑIQUE DERECHO

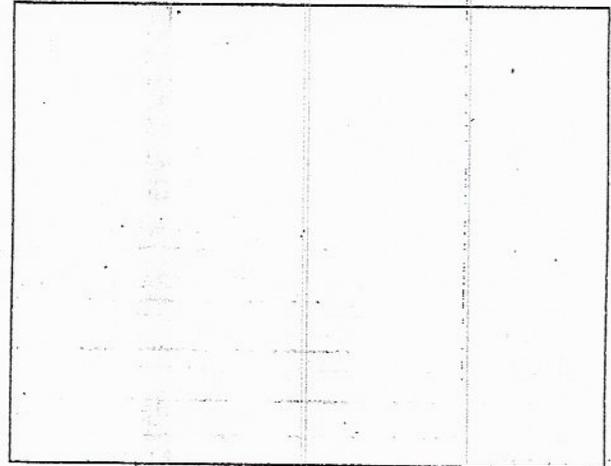
PULGAR IZQUIERDO

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:
