



REGISTRO PARA LA CREDENCIAL NACIONAL DE
PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Certificado de Personas con Discapacidad:

Fecha de Expedición: _____

Institución Médica Otorgante: _____

Médico: _____

Cedula 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: _____

Cedula Prof. _____

Lugar de Residencia:

Municipio : _____

Entidad : _____

Localidad o colonia : _____

Calle: _____

Número Exterior: _____

Numero Interior:

Teléfono: _____

C. P

Celular: _____

En caso de accidente avisar a:

Apellido paterno: _____

Apellido materno: _____

Nombre: _____

Parentesco: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Dato Socio Económico:

Nivel de instrucción: _____

Sabe Leer: _____

Trabaja Actualmente: _____

Identificación de la Discapacidad

*Discapacidad 1: _____ **Grado 1: _____

*Discapacidad 2: _____ **Grado 2: _____

*Discapacidad 3: _____ **Grado 3: _____

Causa: Accidente, congénita, maltrato o enfermedad

	Si	No

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

*Discapacidad		*Grado
Neuromotora	Otra	Leve
Auditiva	Ninguna	Moderada
Musculoesquelética		Grave
Visual		Ninguna
Lenguaje		
Intelectual		
Múltiple		

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

Diagnóstico: _____

Derechohabienda:

_____ S.S.A	_____ S.D.N	_____ S.M	_____ IMSS	_____ DIF	_____ IMSS
			Inst.	Seguro	Solidaridad
_____ PEMEX	_____ ISSSTE	_____ NINGUNA	_____ Privada	_____ Popular	

_____ Se ignora _____ Otro _____

Servicio de rehabilitación recibida a la fecha:

Médico especialista	_____	Enseñanza a Señas
Terapeuta físico	_____	Adaptación de prótesis y ortesis
Terapia ocupacional	_____	Apoyo Psicológico
Terapia de lenguaje	_____	Rehabilitación profesional
Atención psiquiátrica	_____	Ninguno
Educación especial	_____	Otro _____

Apoyos funcionales que se usan actualmente:

Prótesis de:

Extremidades superiores: _____ Extremidad Inferior _____

Ortesis de:

Extremidades superiores _____ Tronco y Cuello _____
Extremidades inferiores _____

Apoyos o ayudas:

Bastón	_____	Andaderas
Sillas de ruedas	_____	Muleta auxiliar
Muletas	_____	Lentes
canadienses	_____	Interprete
Auxiliar auditivo	_____	Tablero de comunicación
Ayudas técnicas	_____	
Ninguno	_____	

--

Huella del dedo

--

Firma del Interesado

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

Pulgar derecho

Índice derecho

Medio derecho

Anular derecho

Meñique derecho

Pulgar Izquierdo

Índice izquierdo

Medio Izquierdo

Anular izquierdo

Meñique Izquierdo

--

Pegar foto

Acta de Nacimiento:

Entidad de registro

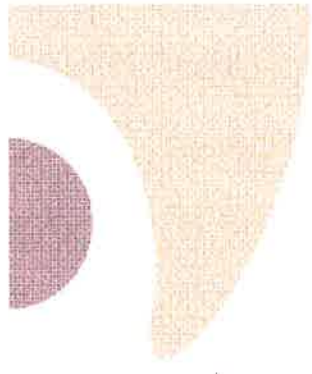
Municipio de registro

Fecha de registro

Folio o acta No.

Oficialía

Libro



CONVENIO DE DESCUENTO.

Que se establece entre Negociaciones, Empresas y Servicios de la Cabecera Municipal, donde será validado el Descuento Autorizado a cada persona que cuente con su Credencial Oficial de Discapacidad.

Dicho beneficio será único y exclusivamente para todas las personas con Discapacidad que el DIF Estatal, la S.C.T. El centro de Rehabilitación y Educación Especial de San Luis Potosí (C.R.E.E.) y el DIF Municipal las acredite como tales.

Agradeciendo de antemano su atención y confiando en su alto espíritu humanitario a favor de las personas con Discapacidad, reiteramos nuestro profundo agradecimiento.

NOMBRE DE LA NEGOCIACION: _____

DIRECCION: _____

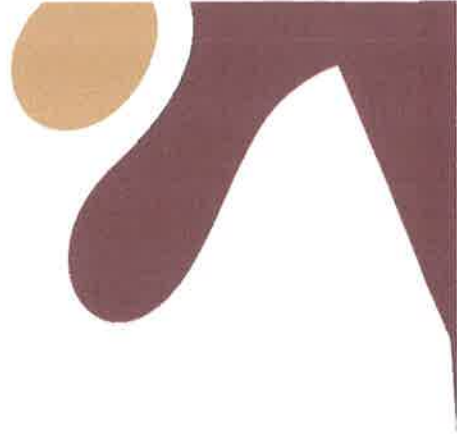
DESCUENTO AUTORIZADO: _____

FECHA: _____

RAZON SOCIAL: _____

REPRESENTANTE:

_____ **NOMBRE, FIRMA Y SELLO**





DIF
Municipal

“2021, Año de la Solidaridad médica administrativa civil
que labora en la contingencia sanitaria del COVID 19”

TAMAZUNCHALE, S.L.P. A ____ DE ____ DEL 2021
COMUNIDAD DE: _____
ASUNTO: _____

ING. JOSE LUIS MEZA VIDALES
PRESIDENTE MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
PRESENTE:

ATN: C. MARIA DEL ROSARIO ZUÑIGA MEDINA
PRESIDENTA DEL SISTEMA DIF MUNICIPAL

POR MEDIO DEL PRESENTE MES ES GRATO DIRIGIRME A USTED PARA SALUDARLO
CORDIALMENTE Y AL MISMO TIEMPO CON EL DEBIDO RESPETO SOLICITARLE DE SU
VALIOSO APOYO QUE CONSISTE EN:

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

REGISTRO FEDERAL

DOMICILIO

 www.tamazunchale.gob.mx

 Palacio Municipal S/N, Tamazunchale, S.L.P. Zona Centro, C.P. 79960



Tamazunchale 2021-2024

CARTA COMPROMISO

**ATN: C. MARIA DEL ROSARIO ZUÑIGA MEDINA
PRESIDENTA DEL SISTEMA DIF MUNICIPAL**

POR MEDIO DEL PRESENTE YO: _____

CON DOMICILIO EN: _____

PERTENECE A ESTE MUNICIPIO, HAGO CONSTAR QUE RECIBI EN COMODATO:

PARA USO DE: _____

CON DOMICILIO EN: _____

DE ESTE MUNICIPIO, ASI MISMO ME COMPROMETO A ENTREGARLO EN LAS MISMAS
CONDICIONES EN QUE SE RECIBE EL DIA _____

A ESTAS OFICINAS DEL SISTEMA DIF MUNICIPAL.

NO DE INVENTARIO: _____

RECIBE:

ENTREGA:

C. TATIANO DE JESUS PÉREZ HERNÁNDEZ
DIRECTOR DEL SISTEMA DIF MUNICIPAL

 www.tamazunchale.gob.mx

 Plaza Juárez S/N

 483 362 3510

