



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

---

Disc. Múltiple

Si	No
<hr/>	<hr/>

<hr/>	<hr/>
-------	-------

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

\*Discapacidad  
Neuromotora  
Auditiva  
Musculoesquelética  
Visual  
Lenguaje  
Intelectual  
Múltiple

Otra  
Ninguna

\*Grado  
Leve  
Moderada  
Grave  
Ninguna

Inicio Enf. \_\_\_\_\_ Inicio Discapacidad: \_\_\_\_\_  
 CIE Enfermedad \_\_\_\_\_ CIE Discap: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Derechohabiencia:

_____ 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 _____
Terapista físico _____	Adaptación de prótesis y _____
Terapia ocupacional _____	ortesis _____
Terapia de lenguaje _____	Apoyo Psicológico _____
Atención psiquiátrica _____	Rehabilitación profesional _____
Educación especial _____	Ninguno _____
	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 _____
Ayudas técnicas _____	comunicación _____
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

---

---

---

---

---

---