

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 _____

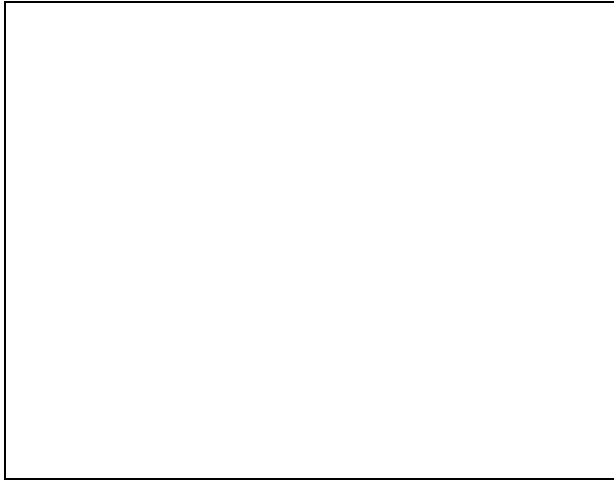
Ortesis de:

Extremidades superiores _____ tronco y cuello _____
 Extremidades inferiores _____

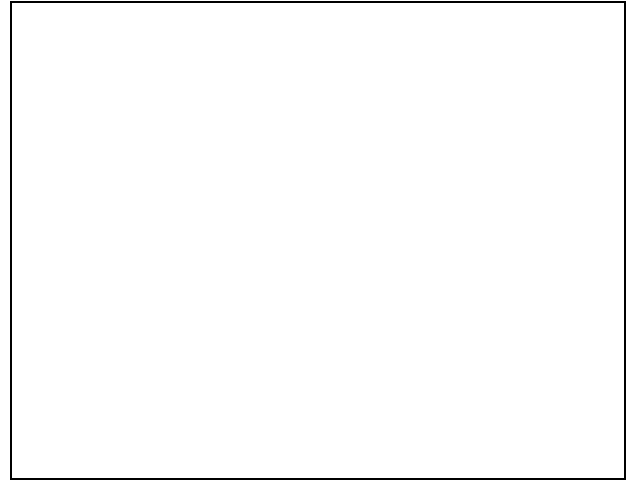
Apoyos o ayudas:

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 RECUADRO 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:
