

**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:
