



CONSTANCIA DE PERSONA CON DISCAPACIDAD

FOLIO: _____

FECHA DE EXPEDICIÓN: _____ día _____ mes _____ año

ACTUALIZACIÓN: 1° 2° 3°

UNIDAD MEDICAVTORGANTE

Nombre y Tipo: _____ Institución: _____
 Localidad: _____ Municipio: _____ Entidad: _____

IDENTIFICACION DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

2. EXPEDIENTE CLINICO

1. NOMBRE _____
APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRE(S)

3. CURP _____
4. NACIONALIDAD _____ 5. EDAD _____ años 6. SEXO
 Hombre Mujer

7. DERECHO HABIENTE:
 IMSS ISSSTE PEMEX SDN SM Seguro Popular
 Seguro privado Ninguna Se ignora Otro Especifique _____

8. RESIDENCIA HABITUAL:
 Calle _____ Número exterior _____ Número interior _____ Barrio o colonia _____ Código postal _____ Teléfono _____
 Localidad: _____ Municipio o delegación _____ Entidad Federativa _____

9. ESTADO CONYUGAL: Unido(e) o casado(a) Soltero(a) Divorciado(e) o separado(a) Viudo(e)
 10. SABE LEER Y ESCRIBIR: Si No
 11. ACTUALMENTE TRABAJA: Si No

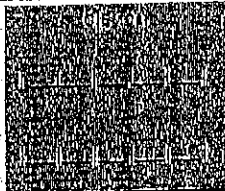
IDENTIFICACION DE LA DISCAPACIDAD

1. TIPO
 Discapacidad 1 Discapacidad 2 Discapacidad 3
 1. Neuromotora 2. Musculo esquelética 3. Lenguaje
 4. Auditiva 5. Visual 6. Intelectual
 7. Otra _____ Especifique _____

2. GRADO
 Discapacidad 1 Discapacidad 2 Discapacidad 3
 1. Leve: cuando la reducción de la capacidad del individuo para desempeñar sus actividades cotidianas es mínima y no interfiere con su productividad.
 2. Moderada: cuando la reducción de la capacidad del individuo interfiere seriamente sus actividades cotidianas y su productividad.
 3. Grava: cuando la reducción de la capacidad del individuo es tal que lo hace completamente dependiente y poco productivo.

3. ORIGEN O CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:
 1. Hereditario 2. Congénito 3. Enfermedad 4. Drogas o alcohol
 5. Violencia 6. Accidente 7. Se ignora 8. Otro _____ Especifique _____

4. DIAGNOSTICO(S)
 1) Anota la(s) discapacidad(es) evidente(s): _____
 2) Anote la enfermedad, traumatismo o estado patológico que produjo la discapacidad anotada en el renglón anterior: _____



5. EDAD AL INICIO
 (Especifique en la que inició la discapacidad o la enfermedad)
 _____ años
 _____ años

6. ATENCIONES Y/O SERVICIOS DE REHABILITACION RECIBIDOS A LA FECHA:
 1. Consulta especializada
 2. Terapia física
 3. Terapia ocupacional
 4. Adaptación de prótesis y ortesis
 5. Terapia del lenguaje
 6. Apoyo psicológico
 7. Atención psiquiátrica
 8. Terapia recreativa
 9. Educación especial
 10. Enseñanza de señas
 11. Rehabilitación profesional
 12. Otro _____ Especifique _____
 13. Ninguno

7. APOYO(S) FUNCIONAL(ES) QUE USA ACTUALMENTE:
 A. Prótesis de:
 Extremidades superiores Extremidades inferiores
 B. Ortesis de:
 Extremidades superiores Tronco y cuello Extremidades inferiores
 C. Ayudas o apoyos:
 Botón Andadera Silla de ruedas
 Muleta axilar Muleta canadiense Lentes para debilidad visual
 Audífono auditivo Tablero de comunicación Interpretador de lenguaje
 Ayudas técnicas Otro _____ Especifique _____
 D. Ninguno

IDENTIFICACION DE QUIEN EMITE

1. NOMBRE: _____ FIRMA _____
 2. CED. PROFESIONAL _____ 3. REG. SSA _____ 4. REG. PASANTE _____
El cuente con el

DATOS DEL ENFERMANTE

1. ES LA MISMA PERSONA: Si No (Si contesta No, anote quién)
 2. NOMBRE: _____ 3. PARENTESCO: _____