



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA TAMAULIPAS
CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACIÓN ESPECIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

SE EXTIENDE LA PRESENTE A FAVOR DE

Sexo || Edad || Teléfono ||

Domicilio ||

Quién fue valorado el día || de || de

ENCONTRÁNDOSE DISCAPACIDAD CON LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS

Grado || Leve Moderado Severo Carácter || Temporal Permanente

Área || Neuromotora Audición Lenguaje Visión Intelectual

Impresión diagnóstica ||

Evolución || Años Meses

SECUELAS

<input type="checkbox"/>	1. Impedimento para caminar OBESIDAD	<input type="checkbox"/>	4. Dificultad motriz miembros torácicos	<input type="checkbox"/>	7. Disminución agudeza auditiva
<input type="checkbox"/>	2. Dificultad para la marcha (problema motor)	<input type="checkbox"/>	5. Ceguera	<input type="checkbox"/>	8. Déficit intelectual:
<input type="checkbox"/>	3. Dificultad para la marcha (insuficiencia cardíaca, respiratoria, etc)	<input type="checkbox"/>	6. Disminución de la agudeza visual	<input type="checkbox"/>	9. Requiere de una persona que lo transporte

APOYO FUNCIONAL

<input type="checkbox"/>	Muletas	<input type="checkbox"/>	Andador CON LLANTAS	<input type="checkbox"/>	Ortesis BASTON 4 PUNTOS
<input type="checkbox"/>	Silla de ruedas	<input type="checkbox"/>	Prótesis	<input type="checkbox"/>	Otros BASTON BLANCO

Temporalidad || Parcial Permanente Revaloración

OBSERVACIONES: Se expide el presente para la realización del trámite de

TRAMITE DE

ASOCIACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD A LA QUE PERTENECE

Domicilio ||

Teléfono ||

Dr(a).

_____ CEDULA PROFESIONAL: