



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 <b>OBSIDAD</b>	<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 cardiaca, 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: