

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Centro de Rehabilitación:

No. de folio:

No. de expediente:

Fecha de expedición:

FICHA DE IDENTIFICACIÓN



Nombre:

CURP:

Edad:

Sexo:

Entidad de nacimiento:

Teléfono de contacto:

Estado civil:

Hijos:

Dependientes económicos:

Usuario de servicios de salud:

Servicios de salud utilizados:

Exclusivo para menores de edad o adultos con discapacidad que requieran el apoyo habitual de otra persona.

Nombre de tutor/cuidador o facilitador:

DOMICILIO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Tipo de vialidad:

Nombre de vialidad:

No. exterior:

No. interior:

Colonia:

C.P.:

Municipio:

Entidad de residencia:

FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD

CONDICIÓN DE SALUD

Marco conceptual basado en la etiología. Debe incluir código alfanumérico correspondiente a la CIE-10. En caso de presentar más de una afección, el diagnóstico principal corresponderá al causante de mayor limitación y restricción.

Diagnóstico principal:

Código CIE-10:

Diagnóstico ampliado:

DEFICIENCIAS EN FUNCIONES CORPORALES (b)

Corresponden a desviaciones significativas o pérdida de las funciones fisiológicas, incluyendo las psicológicas. Puede seleccionar más de una

FUNCIONES CORPORALES <i>Títulos de capítulos de la CIF y sus códigos de referencia</i>	Grado de deficiencia:
Mentales (pensamiento, memoria, juicio, afecto y cognición) (b110-b199)	<i>Datos ampliados</i>
Sensoriales y del dolor (b210-b299)	
La voz y el habla (b310-b399)	
Sistema cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio (b410-b499)	
Sistema digestivo, metabólico y endócrino (b510-b599)	
Genitourinarias y reproductoras (b610-b699)	
Neuromusculoesqueléticas y del movimiento (b710-b799)	
Piel y estructuras relacionadas (b810-b899)	

DEFICIENCIAS EN ESTRUCTURAS CORPORALES (s)

Corresponden a las desviaciones significativas o pérdidas en partes anatómicas. Puede seleccionar más de una.

ESTRUCTURAS CORPORALES <i>Títulos de capítulos de la CIF y sus códigos de referencia</i>	Grado de deficiencia:
Sistema nervioso (s110-s199)	<i>Datos ampliados</i>
Ojo, oído y estructuras relacionadas (s210-s299)	
Involucradas en la voz y el habla (s310-s399)	
Sistema cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio (s410-s499)	
Sistema digestivo, metabólico y endócrino (s510-s599)	
Genitourinarias y reproductoras (s610-s699)	
Relacionadas con el movimiento (s710-s799)	
Piel y estructuras relacionadas (s810-s899)	

ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN

Actividad es la realización de una tarea o acción por una persona. Participación es el acto de involucrarse en una situación vital.

Si la persona es mayor de 18 años, pregunte acerca de las dificultades que tienen debido a sus condiciones de salud (versión administrada por entrevistador de 12 preguntas de WHODAS 2.0). **En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para?**

- | | | |
|----|---|-------|
| S1 | Estar de pie por largos períodos como por ejemplo 30 minutos | _____ |
| S2 | Ocuparse de responsabilidad domésticas | _____ |
| S3 | Aprender una nueva tarea, por ejemplo, aprender cómo llegar a un nuevo lugar | _____ |
| S4 | Participar en actividades de su comunidad (por ejemplo, festividades, actividades religiosas o de otro tipo) de la misma forma que cualquier otra persona | _____ |
| S5 | Cuánto ha sido afectado emocionalmente por su condición de salud | _____ |

S6	Concentrarse en hacer algo durante diez minutos	
S7	Caminar una larga distancia como un kilómetro (o equivalente)	
S8	Lavarse todo el cuerpo (bañarse)	
S9	Vestirse	
S10	Relacionarse con personas que no conoce	
S11	Mantener una amistad	
S12	Llevar a cabo su trabajo o las actividades escolares diarias	

Esta dificultad con la realización de sus actividades se debe:

LIMITACIONES EN ACTIVIDAD Y RESTRICCIÓN EN PARTICIPACIÓN (d)		
<i>Seleccione las actividades y participación comprometidas. Puede seleccionar más de una.</i>		
ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN <i>Títulos de capítulos de la CIF y sus códigos de referencia</i>		Grado de limitación/restricción:
Aprendizaje y aplicación del conocimiento	(d110-d199)	<i>Datos ampliados</i>
Tareas y demandas generales	(d210-d299)	
Comunicación	(d310-d399)	
Movilidad	(d410-d499)	
Autocuidado	(d510-d599)	
Vida doméstica	(d610-d699)	
Interacciones y relaciones interpersonales	(d710-d799)	
Áreas principales de la vida	(d810-d899)	
Vida comunitaria, social y cívica	(d910-d999)	

FACTORES CONTEXTUALES

Grado máximo de estudios: _____ Ocupación actual: _____
 Principal medio de transporte: _____ Tipo de vivienda: _____
 Servicios intradomiciliarios: Agua potable Drenaje Electricidad Gas

AYUDAS FUNCIONALES		
<i>Seleccione las ayudas funcionales utilizadas ACTUALMENTE por la persona. Puede seleccionar más de una.</i>		
Animales de servicio y asistencia	Diálisis/hemodiálisis	Prótesis de miembro superior
Asistencia por otra persona	Equipos de escritura Braille	Productos para estomas
Ayudas funcionales auditivas	Órtesis de columna	Productos cateterismo vesical
Auxiliar de la marcha/movimiento	Órtesis de miembro inferior	Tecnologías de información y comunicación (TICs)
Ayudas funcionales visuales	Órtesis de miembro superior	Silla de ruedas
Bastón guía	Oxígeno suplementario	Tableros de comunicación
Cojín/colchón antiescaras	Prótesis de miembro inferior	

Especificar ayudas funcionales no descritas previamente: _____

USO DE MEDICAMENTOS A LARGO PLAZO		
<i>Seleccione el grupo de medicamentos NECESARIOS para el funcionamiento de la persona. Puede seleccionar más de uno</i>		
Ninguno	Efecto a nivel gastrointestinal	Efecto a nivel musculoesquelético
Analgésicos/antiinflamatorios	Efecto a nivel metabólico	Efecto a nivel sistema nervioso
Efecto a nivel cardiovascular	Efecto a nivel endócrino	Oncológicos
Efecto a nivel pulmonar	Efecto a nivel genitourinario	Psicofármacos

FACILITADORES Y BARRERAS (e)	
<i>Datos ampliados</i>	
Principal FACILITADOR identificado:	_____
Principal BARRERA identificada:	_____

Actualmente la persona vive en condición de discapacidad:
 Otras áreas del funcionamiento comprometidas: No Auditiva Visual Intelectual Psicosocial Neuromotora
 Grado de afectación funcional: _____ Causa de la deficiencia: _____

DATOS DE QUIEN EMITE EL CERTIFICADO

Primer apellido Segundo apellido Nombres (s)

Cédula profesional: Médico: Firma del médico y sello de la Institución pública

**ESTE CERTIFICADO TIENE UNA VIGENCIA DE _____
 A PARTIR DE SU FECHA DE EXPEDICIÓN**

La información contenida en este documento es producto de los datos proporcionados por el interesado(a) y su correlación clínica, con apego a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Art.1°), la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Ley General de Salud (Art.389), la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad y el Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad (Art.19). Carece de validez pericial.