

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

 Centro de Rehabilitación: _____
 No. de folio: _____ No. de expediente: _____ Fecha de expedición: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Fotografía de la persona con discapacidad	Nombre: _____
	CURP: _____ Edad: _____ Sexo: _____
	Entidad de nacimiento: _____ Teléfono de casa: _____
	Estado civil: _____ Hijos: _____ Dependientes económicos: _____
	Usuario de servicios de salud: _____ Servicios de salud utilizados: _____
	Exclusivo para menores de edad o adultos con discapacidad que no sean 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 Federativa: _____

FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD
CONDICIÓN DE SALUD

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

 Diagnóstico principal: _____ Código CIE-10: _____
 Diagnóstico ampliado: _____

DEFICIENCIAS EN FUNCIONES CORPORALES (b)

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

FUNCIONES CORPORALES		Grado de deficiencia: _____
Títulos de capítulos de la CIF y sus códigos de referencia		Datos ampliados
☐ Mentales (pensamiento, memoria, juicio, afecto y cognición) (b1-b99)		
☐ Sensoriales y del dolor (b2-b299)		
☐ La voz y el habla (b3-b399)		
☐ Sistema cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio (b4-b499)		
☐ Sistema digestivo, metabólico y endocrino (b5-b599)		
☐ Genitourinarias y reproductivas (b6-b699)		
☐ Neuromusculoesqueléticas y movimiento (b7-b799)		
☐ Piel y estructuras relacionadas (b8-b899)		

DEFICIENCIAS EN ESTRUCTURAS CORPORALES (s)

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

ESTRUCTURAS CORPORALES		Grado de deficiencia: _____
Títulos de capítulos de la CIF y sus códigos de referencia		Datos ampliados
☐ Sistema nervioso (s110-s199)		
☐ Ojo, oído y estructuras relacionadas (s210-s299)		
☐ Involuntarios de la voz y el habla (s310-s399)		
☐ Sistema muscular, hemodinámico, inmunológico y circulación (s410-s499)		
☐ Sistema digestivo, metabólico y endocrino (s510-s599)		
☐ Sistema cardiovascular, hematológico y respiratorio (s610-s699)		
☐ Estructuras relacionadas con el movimiento (s710-s799)		
☐ Piel y estructuras relacionadas (s810-s899)		

ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN

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

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

\$1	Estar dentro de los límites de la vida cotidiana por largos periodos como por ejemplo 30 minutos	_____
\$2	Ejercer de responsabilidad domésticas	_____
\$3	Aprender una nueva tarea, por ejemplo, aprender cómo llegar a un nuevo lugar	_____
\$4	Participar en actividades de su comunidad (por ejemplo, festividades, actividades religiosas o de otro tipo) de la misma forma que cualquier otra persona	_____
\$5	¿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)		
Seleccione las actividades y participación comprometidas. Puede seleccionar más de una.		
ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN		Grado de limitación/restricción
Títulos de capítulos de la CIF y sus códigos de referencia		
☐ Aprendizaje y aplicación del conocimiento	(d110-d199)	
☐ 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 ☐ Gas ☐ Alcantarillado ☐ Electricidad ☐ Gas	

AYUDAS FUNCIONALES (e)		
Seleccione las ayudas funcionales que NECESARIA o NECESARIAMENTE requiere la persona. Puede seleccionar más de una.		
☐ Animales de servicio y asistencia	☐ Diálisis	☐ Prótesis de miembro superior
☐ Asistencia por otra persona	☐ Equipo de escritura Braille	☐ Productos para estomas
☐ Ayudas funcionales auditivas	☐ Órtesis de columna	☐ Productos cateterismo vesical
☐ Auxiliar de la marcha/moventato	☐ Prótesis de miembro inferior	☐ Tecnologías de información y comunicación (TICs)
☐ Ayudas funcionales visuales	☐ Prótesis de miembro superior	☐ Silla de ruedas
☐ Bastón guía	☐ Oxígeno suplementario	☐ Tableros de comunicación
☐ Cojín/colchón anti-úlceras	☐ Prótesis de miembro inferior	

Especificar ayudas funcionales de apoyo de apoyo: -

USO DE MEDICAMENTOS A LARGO PLAZO		
Seleccione el grupo de medicamentos NECESARIOS para el funcionamiento de la persona. Puede seleccionar más de uno.		
☐ Ninguno	☐ Efecto a nivel gastrointestinal	☐ Efecto a nivel musculoesquelético
☐ Analgésicos/anti-inflamatorios	☐ Efecto a nivel metabólico	☐ Efecto a nivel sistema nervioso
☐ Efecto a nivel cardiovascular	☐ Efecto a nivel endocrino	☐ Oncológicos
☐ Efecto a nivel neurológico	☐ Efecto a nivel genitourinario	☐ Psicofármacos

FACILITADORES Y BARRERAS (e)	
Principal FACILITADOR (a): -	Datos ampliados: -
Principal BARRERA (a): -	
¿Actualmente la persona vive en condición de discapacidad: -	
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.