



CLASIFICACIÓN DE TIPOS DE DISCAPACIDAD ESTABLECIDA POR INEGI

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Área responsable: Servicio Médico
 Fundamento legal: Artículo 3, fracción II, 18, fracción II y 21, LFTAIPG, Lineamiento 32°, fracción XIV, XV, XVI y XVII
 Parte confidencial: Toda la encuesta

NO. DE PRE MATRICULA (PM): _____

GÉNERO: MASCULINO FEMENINO

NOMBRE COMPLETO: _____

APELLIDO PATERNO
APELLIDO MATERNO
NOMBRE(S)

I. DISCAPACIDADES SENSORIALES Y DE LA COMUNICACIÓN

1. ¿Tienes alguna discapacidad para ver?
 SI NO
 ¿Cuál? Describe _____

2. ¿Tienes alguna discapacidad para oír?
 SI NO
 ¿Cuál? Describe _____

3. ¿Tienes alguna discapacidad para hablar?
 SI NO
 ¿Cuál? Describe _____

4. ¿Tienes alguna discapacidad para generar, emitir y comprender mensajes de habla que impidan la producción de mensajes (discapacidad de la comunicación y comprensión del lenguaje)?
 SI NO
 ¿Cuál? Describe _____

II. DISCAPACIDADES MOTRICES

5. ¿Tienes alguna discapacidad de los miembros inferiores?
 SI NO
 ¿Cuál? Describe _____

6. ¿Tienes alguna discapacidad de las extremidades superiores?
 SI NO
 ¿Cuál? Describe _____





CLASIFICACIÓN DE TIPOS DE DISCAPACIDAD ESTABLECIDA POR INEGI

III. DISCAPACIDADES MENTALES

7. ¿Tienes alguna discapacidad como retraso mental, deficiencia mental o pérdida de la memoria?

SI

NO

¿Cuál? Describe _____

8. ¿Has presentado en alguna ocasión la sensación de que alguien te persigue? ¿Te has sentido amenazado por alguien? ¿Has perdido la capacidad para identificar debidamente, objetos y personas? ¿O las dimensiones de tiempo y espacio? ¿Has perdido la capacidad de reconocer las personas con las que convives?

SI

NO

¿Cuál? Describe _____

IV. DISCAPACIDADES MÚLTIPLES Y OTRAS

9. ¿Sufres de dos o más discapacidades?

SI

NO

¿Cuál? Describe _____

10. ¿Tienes o padeces de alguna malformación, ó enfermedad crónico degenerativa (Diabetes Mellitus, insuficiencia renal, hepatitis crónica, SIDA, etc.?)

SI

NO

¿Cuál? Describe _____

I. CLAVES ESPECIALES

11. ¿Has presentado rubeola, varicela, tosferina, dolores de cabeza, taquicardias, zumbido de oídos, dolor articular, etc.?

SI

NO

¿Cuál? Describe _____
