



Centro de Rehabilitación: CENTRO DE REHABILITACION E INTEGRACION SOCIAL CUAUTITLAN IZCALLI

Ficha de Identificación

Folio: [redacted] No. de Expediente: [redacted] Fecha de Expedición: [redacted]
 Nombre: [redacted] Lada y Teléfono: [redacted]
 CURP: [redacted] Edad: [redacted] Género: [redacted]
 Fecha de Nacimiento: [redacted] Estado Civil: [redacted] Nacionalidad: [redacted]
 Entidad de Nacimiento: [redacted] Servicios de Salud: [redacted]
 Nombre del Padre o Tutor: _____

Domicilio de la Persona con Discapacidad

Tipo de Vialidad: [redacted] Vialidad: [redacted]
 Número Exterior: [redacted] Número Interior: _____
 Colonia: [redacted] C.P.: [redacted]
 Municipio: [redacted] Entidad: [redacted]

Funcionamiento y Discapacidad

Marco conceptual basado en la etiología (incluir código alfanumérico). Si hay más de una afección diagnóstica debe seleccionar la que considere causante de mayor limitación y/o restricción.

Diagnóstico CIE10 / CIE 11: G 242

Diagnóstico ampliado: Distonia generalizada + escoliosis sec + cardiopatía congénita

FUNCIONES Y ESTRUCTURAS CORPORALES

Siguiendo el diagnóstico CIE10/11 seleccione las funciones corporales afectadas. Puede seleccionar más de una

FUNCIONES CORPORALES (b)	Deficiencia Detectada Tal como una desviación significativa o una pérdida
	ESPECIFICAR (Opcional) Funciones fisiológicas incluyendo las psicológicas
<input type="checkbox"/> Mentales <input type="checkbox"/> Sensoriales y del dolor <input type="checkbox"/> La voz y el habla <input checked="" type="checkbox"/> Sistema cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio <input type="checkbox"/> Sistema digestivo, metabólico y endócrino <input type="checkbox"/> Genitourinarias y reproductoras <input checked="" type="checkbox"/> Neuromuculoesqueléticas y del movimiento <input type="checkbox"/> Piel y estructuras relacionadas	Funciones de la marcha Funciones de la coordinación motora fina Funciones cardiopulmonares

Siguiendo el diagnóstico CIE10/11 seleccione las estructuras corporales afectadas. Puede seleccionar más de una

ESTRUCTURAS CORPORALES (s)	Deficiencia Detectada Tal como una desviación significativa o una pérdida
	ESPECIFICAR (Opcional) Partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes
<input type="checkbox"/> Sistema nervioso <input type="checkbox"/> Ojo, oído y estructuras relacionadas <input type="checkbox"/> Involucradas en la voz y el habla <input checked="" type="checkbox"/> Sistema cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio <input type="checkbox"/> Sistema digestivo, metabólico y endócrino <input type="checkbox"/> Genitourinarias y reproductoras <input checked="" type="checkbox"/> Relacionados con el movimiento <input type="checkbox"/> Piel y estructuras relacionadas	Cuatro extremidades Columna toracolumbar Pulmones Corazon

Causa de la Deficiencia: Congénita

LIMITACIÓN EN ACTIVIDAD / RESTRICCIÓN EN PARTICIPACIÓN (d)

Seguindo las deficiencias detectadas, seleccione las actividades y/o participación comprometidas. Puede seleccionar más de una

- APRENDIZAJE Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO (mirar, escuchar, otras experiencias sensoriales intencionadas, copiar, aprender mediante acciones con objetos, adquirir información, adquirir lenguaje, adquirir lenguaje adicional, repetir, adquirir conceptos, leer, escribir, calcular, adquisición de habilidades, centrar atención, pensar, resolver problemas, tomar decisiones, otro no especificado).
- TAREAS Y DEMANDAS GENERALES (Llevar a cabo una única tarea, múltiples tareas, rutinas diarias, manejo del estrés y otras demandas psicológicas, manejo del comportamiento propio, otras no especificadas).
- COMUNICACIÓN (Comunicación-recepción-producción de mensajes hablados, mensajes no verbales, mensajes en lengua de signos convencional, mensajes escritos, otra no especificada; hablar, pre-lenguaje, cantar, conversación, discusión, utilización de dispositivos y técnicas de comunicación, otros no especificados).
- MOVILIDAD (Cambiar y mantener la posición del cuerpo, transferir el propio cuerpo, levantar y llevar objetos, mover objetos con extremidades inferiores, uso fino de la mano, uso de la mano y el brazo, uso fino del pie, llevar, mover y usar objetos, andar, desplazarse por el entorno, por distintos lugares o utilizando algún tipo de equipamiento, utilización de medios de transporte, conducción, montar animales, desplazarse utilizando otros medios no especificados).
- AUTOCUIDADO (Lavarse, cuidado de partes del cuerpo, higiene en procesos de excreción, vestirse, comer, beber, cuidado de la salud, cuidado de la propia seguridad, autocuidado no especificado)
- VIDA DOMÉSTICA (adquisición de un lugar para vivir, bienes y servicios, adquisición de lo necesario para vivir, preparar comidas, realizar quehaceres de la casa, otras tareas del hogar, cuidados de objetos del hogar, ayudar a los demás, otras no especificadas).
- INTERACCIÓN Y RELACIONES INTERPERSONALES (interacciones interpersonales básicas, complejas, generales; relacionarse con extraños, relaciones formales, relaciones sociales informales, familiares, íntimas, interpersonales particulares, otras no especificadas).
- ÁREAS PRINCIPALES DE LA VIDA (educación no formal, preescolar y actividades relacionadas, escolar, profesional, superior, otras no especificadas; preparación para el trabajo, conseguir, mantener y finalizar un trabajo, trabajo remunerado, trabajo no remunerado, otro no especificado; transacciones económicas básicas, complejas, autosuficiencia económica, vida económica, participación en el juego, otras no especificadas).
- VIDA COMUNITARIA, SOCIAL Y CIVICA (vida comunitaria, tiempo libre y ocio, religión y espiritualidad, derechos humanos, vida política y ciudadanía, otra no especificada).

Con base en la actividad/participación afectada que considere mayor causante de limitación/restricción, califique la dificultad experimentada teniendo en cuenta cómo se realiza generalmente la actividad (considerando dispositivos o ayuda personal).

Cuánta dificultad ha tenido: Moderado Esta dificultad se debe a: Cambios en la forma de realizar la actividad

Componentes de Factores Contextuales (e)

Actualmente se dedica a: [Redacted] Sabe leer y escribir: [Redacted]

Estudia en: [Redacted] Grado máximo de estudios: [Redacted]

Tipo de Vivienda: [Redacted] Principal medio de transporte: [Redacted]

Servicios: Agua Electricidad Drenaje Gas Teléfono

Ayudas Funcionales

Utiliza	Requiere	Utiliza	Requiere
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En el caso de auxiliar para la marcha, auditiva, visual, equipos / programas informáticos u otra ayuda técnica que no se encuentre descrita previamente, favor de especificar:

Persona con Discapacidad: Neuromotora

En caso de discapacidad múltiple, desglosar áreas del funcionamiento comprometidas (auditiva, visual, motora):

Centro de
Rehabilitación e
Integración Social

Sello

Cédula Profesional

Nombre y Firma del Médico

Esta Constancia tiene una vigencia de un año a partir de su fecha de expedición