

Certificado de Discapacidad

Centro de Rehabilitación: CENTRO DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL GUADALUPE, ZAC. 223 144 00
Folio: 26-04-2024 No. de Expediente: 5877-24 Fecha de Expedición: 18/04/2024

Ficha de Identificación



Nombre: VICTOR MANUEL VARGAS ARELLANO Lada y Teléfono: 4921748716
CURP: VAAV730422HZSRRC05 Edad: 50 Sexo: Masculino
Fecha de Nacimiento: 22/04/1973 Estado Civil: Divorciado Nacionalidad: Mexicano (a)
Entidad de Nacimiento: Zacatecas Servicios de Salud: Secretaria de Salud
Nombre del Padre o Tutor: NO APLICA

Domicilio de la Persona con Discapacidad

Tipo de Vialidad: Calle Vialidad: VALENTIN GOMEZ FARIAS
Número Exterior: 311 Número Interior: C.P.: 98053
Colonia: C.N.O.P. Entidad: Zacatecas
Municipio: ZACATECAS

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.

Clave CIE10: T931G632 Diagnóstico CIE10: COXARTROSIS SEVERA POR OSTEOARTRITIS + POLINEUROPATIA
Diagnóstico ampliado: POR DIABETES + HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA

FUNCIONES Y ESTRUCTURAS CORPORALES

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

FUNCIONES CORPORALES (b)	Deficiencia Detectada Tal como una desviación significativa o una pérdida
<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 checked="" type="checkbox"/> Sistema digestivo, metabólico y endócrino <input checked="" type="checkbox"/> Genitourinarias y reproductoras <input checked="" type="checkbox"/> Neuromuculoesqueléticas y del movimiento <input type="checkbox"/> Piel y estructuras relacionadas	ESPECIFICAR Funciones fisiológicas incluyendo las psicológicas Grado de Deficiencia: Moderada ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA BILATERAL, REQUIERE CORRECCION QUIRURGICA DISCAPACIDAD NEUROMOTORA SECUNDARIA

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

ESTRUCTURAS CORPORALES (s)	Deficiencia Detectada Tal como una desviación significativa o una pérdida
<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 checked="" type="checkbox"/> Sistema digestivo, metabólico y endócrino <input checked="" type="checkbox"/> Genitourinarias y reproductoras <input checked="" type="checkbox"/> Relacionados con el movimiento <input type="checkbox"/> Piel y estructuras relacionadas	ESPECIFICAR Partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes Grado de Deficiencia: Moderada ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA

LIMITACIÓN EN ACTIVIDAD / RESTRICCIÓN EN PARTICIPACIÓN (d)

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> APRENDIZAJE Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO. | <input type="checkbox"/> VIDA DOMÉSTICA |
| <input type="checkbox"/> TAREAS Y DEMANDAS GENERALES. | <input type="checkbox"/> INTERACCIÓN Y RELACIONES INTERPERSONALES |
| <input type="checkbox"/> COMUNICACIÓN. | <input type="checkbox"/> ÁREAS PRINCIPALES DE LA VIDA |
| <input checked="" type="checkbox"/> MOVILIDAD. | <input type="checkbox"/> VIDA COMUNITARIA, SOCIAL Y CÍVICA |
| <input type="checkbox"/> AUTOCUIDADO. | <input type="checkbox"/> NINGUNA |

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: Leve ☒ Esta dificultad se debe a: Mayor esfuerzo ☒

Componentes de Factores Contextuales (e)

Actualmente se dedica a: Actividades económicamente remuneradas ☒ Sabe leer y escribir: Si ☒

Estudia en: Ninguna ☒ Grado máximo de estudios: Medio superior completo ☒

Tipo de Vivienda: Casa Propia ☒ Principal medio de transporte: Automóvil Propio ☒

Servicios: Agua ☒ Electricidad ☒ Drenaje ☒ Gas ☒ Teléfono ☒

Ayudas Funcionales

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Prótesis de miembro superior | <input type="checkbox"/> Auxiliar auditivo |
| <input type="checkbox"/> Prótesis de miembro inferior | <input type="checkbox"/> Auxiliar visual |
| <input type="checkbox"/> Órtesis de miembro superior | <input type="checkbox"/> Equipos de escritura braille |
| <input type="checkbox"/> Órtesis de miembro inferior | <input type="checkbox"/> Bastón blanco |
| <input type="checkbox"/> Órtesis de columna | <input type="checkbox"/> Perro guía |
| <input type="checkbox"/> Cojines / colchones antiescaras | <input type="checkbox"/> Tableros de comunicación |
| <input type="checkbox"/> Sillas de ruedas | <input type="checkbox"/> Equipos / Programas informáticos |
| <input checked="" type="checkbox"/> Auxiliar para la marcha | <input type="checkbox"/> Oxígeno complementario |

En el caso de ayudas funcionales, equipos, programas informáticos y recomendaciones no descritas previamente, favor de especificar:
BASTON UNIPODAL

Persona con Discapacidad: Neuromotora ☒

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

Causa de la Deficiencia: Enfermedad ☒ Grado de Limitación Funcional: 25-49 % Moderada ☒

DR. ALEJANDRO SANCHEZ DAVILA
MEDICINA DE REHABILITACIÓN
ELECTROMIOGRAFÍA
CP 2138052
CPE 4111325
4111325  ALEJANDRO SANCHEZ DAVILA
UAZ-UNAM
Cédula Profesional Nombre y Firma del Médico

Este Certificado tiene una vigencia de tres años a partir de su fecha de expedición ☒