

# Certificado de Discapacidad

Centro de Rehabilitación: CENTRO DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL GUADALUPE, ZAC. 223 144 00  
 Folio: 19-07-2024 No. de Expediente: 6664-24 Fecha de Expedición: 11/07/2024

## Ficha de Identificación



Nombre: MA. EMMA MARTINEZ SILVA Lada y Teléfono: 4924938469  
 CURP: MASE321204MZSRLM18 Edad: 91 años Sexo: Femenino ☒  
 Fecha de Nacimiento: 04/12/1932 Estado Civil: Viudo (a) ☒ Nacionalidad: Mexicano (a)  
 Entidad de Nacimiento: Zacatecas ☒ Servicios de Salud: IMSS ☒  
 Nombre del Padre o Tutor: SILVIA SERRANO MARTINEZ (HIJA)

## Domicilio de la Persona con Discapacidad

Tipo de Vialidad: Calle Vialidad: DE LA VICTORIA  
 Número Exterior: 257 Número Interior: \_\_\_\_\_  
 Colonia: CENTRO C.P.: 98000  
 Municipio: ZACATECAS Entidad: 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: G 20 Diagnóstico CIE10: CUADRI-PARESIA NORMOTONICA POR OSTEOARTRITIS Y  
 Diagnóstico ampliado: ENFERMEDAD DE PARKINSON

## 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 checked="" type="checkbox"/> La voz y el habla <input 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	ESPECIFICAR Funciones fisiológicas incluyendo las psicológicas  Grado de Deficiencia: <u>Moderada</u> <input checked="" type="checkbox"/>

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 checked="" type="checkbox"/> Sistema nervioso <input type="checkbox"/> Ojo, oído y estructuras relacionadas <input type="checkbox"/> Involucradas en la voz y el habla <input 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	ESPECIFICAR Partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes  Grado de Deficiencia: <u>Moderada</u> <input checked="" type="checkbox"/>



# **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 checked="" type="checkbox"/> INTERACCIÓN Y RELACIONES INTERPERSONALES |
| <input type="checkbox"/> COMUNICACIÓN.                              | <input type="checkbox"/> ÁREAS PRINCIPALES DE LA VIDA                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> MOVILIDAD.                      | <input checked="" 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: Moderado ☒ Esta dificultad se debe a: Cambios en la forma de realizar la actividad ☒

## **Componentes de Factores Contextuales (e)**

Actualmente se dedica a: Otras ☒ Sabe leer y escribir: Si ☒

Estudia en: Ninguna ☒ Grado máximo de estudios: Primaria incompleta ☒

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

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:

SILLA DE RUEDAS STANDARD

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 ☒

4111325

Cédula Profesional



CP 2138052  
CPE 4111325  
UAZ UNAM

DR. ALEJANDRO SANCHEZ DAVILA  
MEDICINA DE REHABILITACIÓN  
ELECTROMIOGRAFIA

*[Firma]*

ALEJANDRO SANCHEZ DAVILA  
Nombre y Firma del Médico

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