

Certificado de Discapacidad

Centro de Rehabilitación: CENTRO DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL GUADALUPE, ZAC. 223 144 00

Folio: 13-06-2024

No. de Expediente: 6367-24

Fecha de Expedición: 20/06/2024

Ficha de Identificación



Nombre: FRANCISCO JAVIER BELMONTES DAVILA

Lada y Teléfono: 4924015802

CURP: BEDF660305HZSLVR02

Edad: 58 años

Sexo: Masculino ☒

Fecha de Nacimiento: 05/03/1966

Estado Civil: Casado (a) ☒

Nacionalidad: Mexicano (a)

Entidad de Nacimiento: Estado de México ☒

Servicios de Salud: IMSS ☒

Nombre del Padre o Tutor: NO APLICA

Domicilio de la Persona con Discapacidad

Tipo de Vialidad: Calle

Vialidad: SELENIO

Número Exterior: 203

Número Interior:

Colonia: ESTRELLA DE ORO

C.P.: 98087

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: D008579 Diagnóstico CIE10: DAÑO ENCEFALICO COMO SECUELA DE RESECCION MENINGIOMA

Diagnóstico ampliado: DISCAPACIDAD MOTORA E INTELECTUAL POR CRISIS TONICOCLONICAS

FUNCIONES Y ESTRUCTURAS CORPORALES

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

Deficiencia Detectada Tal como una desviación significativa o una pérdida	
ESPECIFICAR Funciones fisiológicas incluyendo las psicológicas	
FUNCIONES CORPORALES (b)	
<input checked="" type="checkbox"/> Mentales	Grado de Deficiencia: <u>Moderada</u> <input checked="" type="checkbox"/> DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y DEL MOVIMIENTO
<input type="checkbox"/> Sensoriales y del dolor	
<input 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 relaciondas	

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

Deficiencia Detectada Tal como una desviación significativa o una pérdida	
ESPECIFICAR Partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes	
ESTRUCTURAS CORPORALES (s)	
<input checked="" type="checkbox"/> Sistema nervioso	Grado de Deficiencia: <u>Moderada</u> <input checked="" type="checkbox"/>
<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 relaciondas	

LIMITACIÓN EN ACTIVIDAD / RESTRICCIÓN EN PARTICIPACIÓN (d)

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

- | | |
|--|---|
| <input checked="" 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: Cambios en la forma de realizar la actividad ☒

Componentes de Factores Contextuales (e)

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

Estudia en: No estudia ☒ Grado máximo de estudios: Secundaria completa ☒

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 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:

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: 5-24 % Leve ☒

4111325
Cédula Profesional



DR. ALEJANDRO SANCHEZ DAVILA
MEDICINA DE REHABILITACION
ELECTROMIOGRAFIA

CP 21380 ALEJANDRO SANCHEZ DAVILA
CPE 4111325 Nombre y Firma del Médico
UAZ UNAM

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