

## Certificado de Discapacidad

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

Folio: 11-07-2024

No. de Expediente: 6654-24

Fecha de Expedición: 11/07/2024

## Ficha de Identificación



Nombre: JOSE BERUMEN SANTANA

Lada y Teléfono: 4921797609

CURP: BESJ390915HZSRNS01

Edad: 84 años

Sexo: Masculino ☒

Fecha de Nacimiento: 15/09/1939

Estado Civil: Casado (a) ☒

Nacionalidad: Mexicano (a)

Entidad de Nacimiento: Zacatecas ☒Servicios de Salud: IMSS ☒

Nombre del Padre o Tutor: TERESA DE JESUS BERUMEN MORENO (HIJA)

## Domicilio de la Persona con Discapacidad

Tipo de Vialidad: Calle

Vialidad: LUIS MOYA

Número Exterior: 33

Número Interior: B

Colonia: CENTRO

C.P.: 98600

Municipio: GUADALUPE

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 632 Diagnóstico CIE10: POLINEUROPATIA METABOLICA POR DIABETES MELLITUS TIPO 2

Diagnóstico ampliado: CUADRI-PARESIA NORMOTONICA SECUNDARIA+ HIPERTENSION + OSTEOARTRITIS

## 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
	ESPECIFICAR Funciones fisiológicas incluyendo las psicológicas
<input type="checkbox"/> Mentales	Grado de Deficiencia: Moderada <input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Genitourinarias y reproductoras	
<input checked="" type="checkbox"/> Neuromuculoesqueléticas y del movimiento	
<input type="checkbox"/> Piel y estructuras relacionadas	

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
	ESPECIFICAR Partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes
<input checked="" type="checkbox"/> Sistema nervioso	Grado de Deficiencia: Grave <input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Ojo, oído y estructuras relacionadas	
<input checked="" 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	



# 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: Moderado ☒ Esta dificultad se debe a: Molestia o dolor ☒

## 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: 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 checked="" 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:

SILLA DE RUEDAS STANDARD CONVENCIONAL

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: 50-95 % Grave ☒

DR. ALEJANDRO SANCHEZ DAVILA  
MEDICINA DE REHABILITACIÓN  
ELECTROMIOGRAFIA

4111325

Cédula Profesional

CP 2138052

CPE 4111325

UAZ UNAM

ALEJANDRO SANCHEZ DAVILA

Nombre y Firma del Médico

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