

Certificado de Discapacidad

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

Folio: 11-06-2024

No. de Expediente: 6360-24

Fecha de Expedición: 20/06/2024

Ficha de Identificación



Nombre: RODOLFO RIVERA VILLA

Lada y Teléfono: 4921959847

CURP: RIVR580712HZSVLD04

Edad: 65 años

Sexo: Masculino

Fecha de Nacimiento: 12/07/1958

Estado Civil: Casado (a)

Nacionalidad: Mexicano (a)

Entidad de Nacimiento: Zacatecas

Servicios de Salud: ISSSTE

Nombre del Padre o Tutor: NO APLICA

Domicilio de la Persona con Discapacidad

Tipo de Vialidad: Calle

Vialidad: MINA DEL PATROCINIO

Número Exterior: 505

Número Interior:

Colonia: MINERA, ZAC

C.P.: 98050

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: G632M150 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

Deficiencia Detectada Tal como una desviación significativa o una pérdida	
FUNCIONES CORPORALES (b) <input type="checkbox"/> Mentales <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	ESPECIFICAR Funciones fisiológicas incluyendo las psicológicas Grado de Deficiencia: Grave

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

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

LIMITACIÓN EN ACTIVIDAD / RESTRICCIÓN EN PARTICIPACIÓN (d)

Seguindo 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 checked="" 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 CIVICA
<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: Licenciatura ☒

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:

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 ☒

4111325
Cédula Profesional



DR. ALEJANDRO SANCHEZ DAVILA
MEDICINA DE REHABILITACION
ELECTROMIOGRAFIA

CP 2130052

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 ☒