


Certificado de Discapacidad

Centro de Rehabilitación: CENTRO DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL GUADALUPE, ZAC. 223 144 00
Folio: 15-08-2024 No. de Expediente: 6998-24 Fecha de Expedición: 08/08/2024

Ficha de Identificación

 Nombre: ADRIANA OLIVA ALVARADO Lada y Teléfono: 4921061381
CURP: OIAA631024MZSLLD03 Edad: 60 años Sexo: Femenino ☐
Fecha de Nacimiento: 24/10/1963 Estado Civil: Casado (a) ☐ Nacionalidad: Mexicano (a)
Entidad de Nacimiento: Zacatecas ☒ Servicios de Salud: IMSS ☐
Nombre del Padre o Tutor: _____

**CENTRO DE REHABILITACION
Y EDUCACION ESPECIAL**

Domicilio de la Persona con Discapacidad
Vialidad: BELISARIO DOMINGUEZ



Número Exterior: 21 Número Interior: _____ C.P.: 98640
Colonia: EL PANAL Entidad: Zacatecas ☐
Municipio: TRANCOSO ZAC.

Funcionamiento y Discapacidad

Marco conceptual basado en la etiología (incluir código altanumérico). Si hay más de una afección diagnóstica debe seleccionar la que considere causante de mayor limitación y/o restricción.

Clave CIE10: I694 Diagnóstico CIE10: EVENTO VASCULAR CEREBRALPOR ENFERMEDAD CAROTIDEA
Diagnóstico ampliado: ATEROESCLEROTICA + HIPERTENSION ARTERIALDE LARGA EVOLUCION

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 <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 type="checkbox"/> Sistema digestivo, metabólico y endócrino <input type="checkbox"/> Genitourinarias y reproductoras <input checked="" type="checkbox"/> Neuromusculoesqueléticas y del movimiento <input type="checkbox"/> Piel y estructuras relacionadas	Grado de Deficiencia: <u>Leve</u> <input 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
	ESPECIFICAR Partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes
<input checked="" type="checkbox"/> Sistema nervioso <input checked="" 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 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	Grado de Deficiencia: <u>Leve</u> <input 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

- ☐ APRENDIZAJE Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO. ☐ VIDA DOMÉSTICA
- ☐ TAREAS Y DEMANDAS GENERALES. ☐ INTERACCIÓN Y RELACIONES INTERPERSONALES
- ☐ COMUNICACIÓN. ☐ ÁREAS PRINCIPALES DE LA VIDA
- ☒ MOVILIDAD. ☐ VIDA COMUNITARIA, SOCIAL Y CÍVICA
- ☐ AUTOCUIDADO. ☐ 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: Mayor esfuerzo ☐

Componentes de Factores Contextuales (e)

Actualmente se dedica a: Actividades económicamente no remunerada ☐ Sabe leer y escribir: Si ☐

Estudia en: No estudia ☐ Grado máximo de estudios: Medio superior completo ☐

Tipo de Vivienda: Casa Propia ☐ Principal medio de transporte: Automóvil Prestado ☐

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 ☐

DR. ALEJANDRO SANCHEZ DAVILA
MEDICINA DE REHABILITACION
ELECTROMIOGRAFIA

4111325

Cédula Profesional

CP 213805 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 ☐