

Certificado de Discapacidad

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

Folio: 16-08-2024 No. de Expediente: 6999-24 Fecha de Expedición: 08/08/2024

Ficha de Identificación



Nombre: JAVIER GONZALEZ BELMONTES Lada y Teléfono: 4921421828
CURP: GOBJ730305HZSNLV04 Edad: 51 años Sexo: Masculino ☒
Fecha de Nacimiento: 05/03/1973 Estado Civil: Casado (a) ☒ Nacionalidad: Mexicano (a)
Entidad de Nacimiento: Zacatecas ☒ Servicios de Salud: Secretaria de Salud ☒
Nombre del Padre o Tutor: _____

Domicilio de la Persona con Discapacidad

Tipo de Vialidad: Calle Vialidad: AVENIDA JARDINES DE SAUCEDA
Número Exterior: 97 Número Interior: _____
Colonia: FRACCIONAMIENTO JARDINES DE SAUCEDA C.P.: 98612
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: H 54.0 Diagnóstico CIE10: DEBILIDAD VISUAL BILATERAL SECUNDARIA A DESPRENDIMIENTO
Diagnóstico ampliado: DE RETINA DERECHA + CATARATA PARCIAL BILATERAL

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 checked="" 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 type="checkbox"/> Neuromuculoesqueléticas y del movimiento <input type="checkbox"/> Piel y estructuras relacionadas	ESPECIFICAR Funciones fisiológicas incluyendo las psicológicas Grado de Deficiencia: <u>Leve</u> <input checked="" type="checkbox"/> DISCAPACIDAD VISUAL PERMANENTE

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 type="checkbox"/> Sistema nervioso <input checked="" 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 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 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: Barreras Ambientales

**Componentes de Factores Contextuales (e)**

Actualmente se dedica a: Búsqueda de empleo



Sabe leer y escribir: Si



Estudia en: Ninguna



Grado máximo de estudios: Secundaria completa



Tipo de Vivienda: Casa Propia



Principal medio de transporte: Transporte público



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 checked="" 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: Visual



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



DR. ALEJANDRO SANCHEZ DAVILA
MEDICINA DE REHABILITACIÓN
ELECTROMIOGRAFIA

CP 213805 ALEJANDRO SANCHEZ DAVILA
CPE 4111325
UAZ UNAM

Nombre y Firma del Médico

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

