

Certificado de Discapacidad

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

Folio: 01-08-2024

No. de Expediente: 6948-24

Fecha de Expedición: 01/08/2024

Ficha de Identificación



Nombre: MARIA CAMARILLO IBARRA

Lada y Teléfono: 4921111419

CURP: CAIM430901MZSMBR03

Edad: 80 años

Sexo: Femenino ☒

Fecha de Nacimiento: 01/09/1943

Estado Civil: Casado (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: RAMON LOPEZ VELARDE

Número Exterior: 255

Número Interior:

Colonia: FRACC. RAMON LOPEZ VELARDE

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: M17 M150 Diagnóstico CIE10: GONARTROSIS POR OSTEOARTRITIS SEVERA

Diagnóstico ampliado: DISCAPACIDAD NEUROMOTORA PERMANENTE

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 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	Grado de Deficiencia: Moderada <input checked="" 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 type="checkbox"/> Sistema nervioso <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	Grado de Deficiencia: Moderada <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

☐ APRENDIZAJE Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO.☐ VIDA DOMÉSTICA☐ TAREAS Y DEMANDAS GENERALES.☐ INTERACCION Y RELACIONES INTERPERSONALES☐ COMUNICACIÓN .☐ AREAS PRINCIPALES DE LA VIDA☒ MOVILIDAD.☐ VIDA COMUNITARIA, SOCIAL Y CIVICA☐ 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: Otras

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☐ Prótesis de miembro superior☐ Prótesis de miembro inferior☐ Órtesis de miembro superior☐ Órtesis de miembro inferior☐ Órtesis de columna☐ Cojines / colchones antiescaras☐ Sillas de ruedas☒ Auxiliar para la marcha☐ Auxiliar auditivo☐ Auxiliar visual☐ Equipos de escritura braille☐ Bastón blanco☐ Perro guía☐ Tableros de comunicación☐ Equipos / Programas informaticos☐ Oxigeno complementario

En el caso de ayudas funcionales, equipos, programas informáticos y recomendaciones no descritas previamente, favor de especificar:

BASTON UNIPODAL COMO AUXILIAR DE LA MARCHA

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 C-2138050
Cédula Profesional 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 ☐