

Certificado de Discapacidad

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

Folio: 23-06-2024

No. de Expediente: 234-14

Fecha de Expedición: 27/06/2024

Ficha de Identificación



Nombre: BRIXIA NAYELI LOPEZ BRISEÑO

Lada y Teléfono: 4921177925

CURP: LOBB130508MZSPRRA8

Edad: 11 años

Sexo: Femenino

Fecha de Nacimiento: 08/05/2013

Estado Civil: Soltero (a)

Nacionalidad: Mexicano (a)

Entidad de Nacimiento: Zacatecas

Servicios de Salud: Secretaria de Salud

Nombre del Padre o Tutor: ROSA ELVIA BRISEÑO VALADEZ (MADRE)

Domicilio de la Persona con Discapacidad

Tipo de Vialidad: Calle

Vialidad: EXCONVENTO DE GUADALUPE

Número Exterior: 84

Número Interior: _____

Colonia: FRACCIONAMIENTO LOS CONVENTOS 1

C.P.: 99612

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 80

Diagnóstico CIE10: ENFERMEDAD MOTORA DE ORIGEN CEREBRAL

Diagnóstico ampliado: CUADRI-PARESIA NORMOTONICA Y DIFICULTAD EN EL LENGUAJE SECUNDARIO

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)	ESPECIFICAR Funciones fisiológicas incluyendo las psicológicas
<input type="checkbox"/> Mentales <input type="checkbox"/> Sensoriales y del dolor <input checked="" 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 relacionadas	Grado de Deficiencia: <u>Moderada</u> DISCAPACIDAD NEUROMOTORA PERMANENTE

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)	ESPECIFICAR Partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes
<input checked="" 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 relacionadas	Grado de Deficiencia: <u>Moderada</u>

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 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: Estudiante

Sabe leer y escribir: No

Estudia en: Apoyo USAER / CAPEP

Grado máximo de estudios: Primaria incompleta

Tipo de Vivienda: Casa Prestada

Principal medio de transporte: Automóvil Familiar

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 informáticos☐ Oxígeno complementario

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

NO REQUIERE

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: 25-49 % Moderada

4111325
Cédula Profesional



DR. ALEJANDRO SANCHEZ DAVILA
MEDICINA DE REHABILITACION
ELECTROMIOGRAFIA

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