

Certificado de Discapacidad

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

Folio: 22-07-2024

No. de Expediente: 885-22

Fecha de Expedición: 16/07/2024

Ficha de Identificación



Nombre: EUGENIA RODRIGUEZ ALMARAZ

Lada y Teléfono: 4921279833

CURP: ROAE491115MZSDLG01

Edad: 74 años

Sexo: Femenino

Fecha de Nacimiento: 15/11/1949

Estado Civil: Casado (a)

Nacionalidad: Mexicano (a)

Entidad de Nacimiento: Zacatecas

Servicios de Salud: IMSS

Nombre del Padre o Tutor: _____

Domicilio de la Persona con Discapacidad

Tipo de Vialidad: Calle

Vialidad: Emiliano Zapata

Número Exterior: 9

Número Interior: --

Colonia: San José de la Era

C.P.: 98150

Municipio: Vetagrande

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: G819 Diagnóstico CIE10: Hemiparesia espástica derecha

Diagnóstico ampliado: Secuela de EVC isquémico, gonartrosis GIII, HTA, DM2

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 type="checkbox"/> La voz y el habla <input checked="" type="checkbox"/> Sistema cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio <input checked="" 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> Hemiparesia espástica derecha Secuela de EVC isquémico Gonartrosis GIII HTA DM2

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 type="checkbox"/> Sistema nervioso <input 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 checked="" 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> Hemiparesia espástica derecha Secuela de EVC isquémico Gonartrosis GIII HTA DM2

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 checked="" type="checkbox"/> VIDA DOMÉSTICA |
| <input type="checkbox"/> TAREAS Y DEMANDAS GENERALES. | <input type="checkbox"/> INTERACCIÓN Y RELACIONES INTERPERSONALES |
| <input type="checkbox"/> COMUNICACIÓN: | <input checked="" 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: Cambios en la forma de realizar la actividad

Componentes de Factores Contextuales (e)

Actualmente se dedica a: Otras Sabe leer y escribir: Si

Estudia en: No estudia Grado máximo de estudios: Secundaria completa

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 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 checked="" 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:

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