

## A. DATOS PERSONALES

1.1. Primer nombre	1.2. Segundo nombre	1.3. Primer apellido	1.4. Segundo apellido
Juan	Sebastian	Rodriguez	
1.5. Documento identidad	<div>RC</div> <div>X</div> <div>TI</div> <div></div> <div>CC</div> <div></div> <div>CE</div>	Número	1495939294

## B. LUGAR Y FECHA DE LA EXPEDICIÓN

2.1. IPS donde se realiza la certificación	2.2. Fecha		
ESE La Salud	AAA	MM	DD
	2	0	1
	8	0	7
	3	0	
2.3. Departamento	2.4. Municipio		
Antioquia	Medellin		

## C. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

1. Física	SI		NO	X
2. Visual	SI		NO	X
3. Auditiva	SI		NO	X
4. Intelectual	SI	X	NO	
5. Mental	SI	X	NO	
6. SordoCeguera	SI		NO	X
7. Múltiple	SI	X	NO	

## D. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
1. Cognición	88%
2. Movilidad	60%
3. Cuidado personal	69%
4. Relaciones	90%
5. Actividades de la vida diaria	100%
6. Participación	89%
7. Global	83%

## E. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Códigos Funciones Corporales																							
b	1	2	2		-	3		b	1	4	0		-	3		b	1	5	2		-	3	
2. Códigos Estructuras Corporales																							
s					-			s					-			s					-		
3. Códigos Actividad y Participación																							
d	1	5	5		-	4		d	7	3	0		-	4		d	3	1	0		-	3	

## F. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Ana María Rojas

Nombre y firma

Médico

Profesión

50324473

T.P.

José Miguel Suarez

Nombre y firma

Psicólogo

Profesión

79765432

T.P.

Tania Rojas

Nombre y firma

Terapeuta Ocupacional

Profesión

48583494

T.P.

## G. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Nora Rodríguez Sanchez

, manifiesto que: SI ☒ NO ☐

estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

*Nora Rodríguez*

Nombre y firma

46347653

Numero de documento

Autorizo el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la normatividad que lo regula.

SI ☒ NO ☐