

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	RC <input checked="" type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>	Número	1495939294

B. LUGAR Y FECHA DE LA EXPEDICIÓN

2.1. IPS donde se realiza la certificación	2.2. Fecha						
ESE La Salud	<table> <tr> <td>AAA</td> <td>MM</td> <td>DD</td> </tr> <tr> <td>2 0 1 8</td> <td>0 7</td> <td>3 0</td> </tr> </table>	AAA	MM	DD	2 0 1 8	0 7	3 0
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	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Visual	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Auditiva	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Intelectual	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	
5. Mental	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	
6. SordoCeguera	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Múltiple	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	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 ☐