



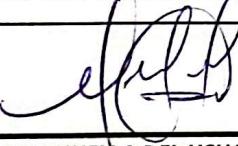
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

Lugar: COCHABAMBA
Fecha: 15 DE DICIEMBRE DE 2025
CON EL PRESENTE DOCUMENTO

Yo **JORGE HILARION SORIA ROBLES**, con Cédula de Identidad **3613183**, de 55 años de edad, radicado en el Municipio de **COCHABAMBA** del Departamento de **COCHABAMBA**

Yo con Cédula de Identidad de años de edad, en calidad de de con Cédula de Identidad de de años de edad, radicado en el Municipio de del Departamento de

- Declaro y afirmo que fui informado (a), de manera clara y precisa por el profesional del Equipo de Calificación de Discapacidad del Departamento de **COCHABAMBA**, sobre la Calificación de Discapacidad para determinar el tipo, grado y porcentaje de Discapacidad, de acuerdo a normativa vigente emitida por el Ministerio de Salud y Deportes por lo cual brindo mi consentimiento para que sea aplicado.
- Declaro y afirmo que toda la documentación e información proporcionada para la Calificación de Discapacidad son verídicos, fiables, legales y no podrán ser devueltas por constituir un respaldo y autorizo se pueda realizar la verificación de documentación y visita domiciliaria en caso necesario.
- Declaro que la Calificación de Discapacidad es voluntaria, acepto y respeto los resultados técnicos que no podrán ser modificados, tampoco se podrán añadir ni suprimir ningún tipo de documentación.
- Doy mi consentimiento que, en caso de detectarse falsedad o alteración de la documentación e información presentada, se dé lugar a la anulación del Procedimiento de Calificación y se proceda en el marco de la normativa vigente.
- En señal de conformidad, firmo el presente documento.


FIRMA O HUELLA DEL USUARIO/A
C.I. 3613183

FIRMA DEL ACOMPAÑANTE
(Padre/Madre, tutor/a, hermano/a, hijo/a, esposo/a, etc)
C.I.

RECHAZO A LA APLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

Después de haber sido debidamente informado(a) rechazo la Calificación de Discapacidad deslindando al profesional del Equipo de Calificación de cualquier responsabilidad y asumiendo las consecuencias de la misma.

Lugar y fecha: COCHABAMBA, 15 DE DICIEMBRE DE 2025

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO/A
C.I.

FIRMA DEL ACOMPAÑANTE
(Padre/Madre, tutor/a, hermano/a, hijo/a, esposo/a, etc)
C.I.



FORMULARIO PARA EL REGISTRO ÚNICO NACIONAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

DATOS DE IDENTIFICACIÓN GENERAL (LETRA IMPRENTA - LEGIBLE)

SORIA	ROBLES	JORGE HILARIO
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
3613183	BOLIVIANA	NINGUNO
Número de Cédula de Identidad	Nacionalidad	Sexo (masculino-femenino)
14 1 1970	Fecha de Nacimiento (D-M-A)	Nación o pueblo Indígena - originario - campesino
Dirección Actual	ZONA CHIMBA, CALLE BRAVO ENTRE GUTEMBER Y VILLARROEL, S/N Barrio/Zona/Avenida/Calle/Paseo/Edificio/Piso/Número	
COCHABAMBA	CERCADO (COCHABAMBA)	COCHABAMBA
Departamento	Provincia	Municipio
68517127	Número de celular	EDAD: AÑOS 55 MESES 11
Número de teléfono fijo		
ESTADO CIVIL: SOLTERA/O <input type="checkbox"/> CASADA/O <input checked="" type="checkbox"/> CONCUBINA/O <input type="checkbox"/> DIVORCIADA/O <input type="checkbox"/> VIUDA/O <input type="checkbox"/> SEPARADA/O <input type="checkbox"/> VIVE CON: SOLO <input type="checkbox"/> PADRES <input type="checkbox"/> FAMILIA <input checked="" type="checkbox"/> AMIGOS <input type="checkbox"/> PARIENTES <input type="checkbox"/> INSTITUCIÓN <input type="checkbox"/> TIENE HIJOS/AS: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> CUANTOS: 2 LA VIVIENDA ES: PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ALQUILADA <input checked="" type="checkbox"/> ANTICRÉTICO <input type="checkbox"/> MIXTA <input type="checkbox"/> PRESTADA <input type="checkbox"/> INSTITUCIONAL <input type="checkbox"/> NINGUNA <input type="checkbox"/> HACINAMIENTO: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ATENCIÓN EN SALUD: PÚBLICO <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO <input type="checkbox"/> USA ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> CUAL <input type="checkbox"/> RECIBE REHABILITACIÓN: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> PÚBLICO <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO <input type="checkbox"/> NIVEL EDUCATIVO: TÉCNICA TECNOLÓGICA <input type="checkbox"/> TM <input type="checkbox"/> REQUIERE: ASISTE A EDUCACIÓN ESPECIAL: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> LEE: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ESCRIBE: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FORMAS DE COMUNICACIÓN: LENGUA DE SEÑAS <input type="checkbox"/> LENGUAJE NO VERBAL <input type="checkbox"/> IDIOMAS QUE HABLA: CASTELLANO <input checked="" type="checkbox"/> AYMARA <input type="checkbox"/> QUECHUA <input type="checkbox"/> GUARAN <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>		
FIRMA O HUELLA		

PROFESIÓN:	TECNICO MEDIO AUTOMOTRIZ	Ejerce SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
OCCUPACIÓN ACTUAL:	<input type="checkbox"/> PROFESIONAL <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input checked="" type="checkbox"/> AYUDA EN LABORES DE CASA <input type="checkbox"/> OTROS	
	<input type="checkbox"/> COMERCIANTE <input type="checkbox"/> MILITAR O POLICÍA <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE	<input type="checkbox"/> LABORES DE CASA <input type="checkbox"/> PROFESOR <input type="checkbox"/> NINGUNO

TELÉFONOS DE REFERENCIA:

Número de teléfono fijo	72282605	Número de celular
USUARIO/A ACOMPAÑANTE		

DATOS DE DEFICIENCIA Y DISCAPACIDAD (LETRA IMPRENTA - LEGIBLE)

CAUSA DE LA DEFICIENCIA:

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1. ENFERMEDAD ADQUIRIDADA | <input type="checkbox"/> 2. ACCIDENTE DE TRÁNSITO |
| <input type="checkbox"/> 4. ACCIDENTE DOMÉSTICO | <input type="checkbox"/> 5. ACCIDENTE DEPORTIVO |
| <input type="checkbox"/> 7. DESASTRE NATURAL | <input type="checkbox"/> 8. CONGÉNITO/GENÉTICO |
| <input type="checkbox"/> 10. PROBLEMAS DE PARTO | <input type="checkbox"/> 11. TRASTORNOS NUTRICIONALES |

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 3. ACCIDENTE DE TRABAJO | <input type="checkbox"/> 6. VIOLENCIA |
| <input type="checkbox"/> 9. PROBLEMAS PRENATALES | <input type="checkbox"/> 12. OTRO ESPECIFICAR |

Edad de inicio de la deficiencia:

54 Años 0 Meses 0 Días

Necesita ayuda de otra persona para realizar sus actividades de la vida diaria:

Total Parcial Ninguna

DIAGNÓSTICO DE LA DEFICIENCIA:

1. INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL

- GRADOS DE DISCAPACIDAD: 1. NULO 2. LEVE 3. MODERADO 4. GRAVE 5. MUY GRAVE

PORCENTAJE GLOBAL DE DISCAPACIDAD:
NUMERAL 53 %

LITERAL: CINCUENTA Y TRES %

TIPO DE DISCAPACIDAD:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1. FÍSICA MOTORA | <input type="checkbox"/> 2. AUDITIVA |
| <input type="checkbox"/> 4. MENTAL O PSÍQUICA | <input type="checkbox"/> 5. MÚLTIPLE |

N18.0

SEÑAL CON UNA EQUIS Y CÍRCULO LA DEFICIENCIA MÁS IMPORTANTE QUE PROVOCÓ LA DISCAPACIDAD

- INTELECTUAL MENTAL O PSÍQUICA AUDITIVA LENGUAJE
 MÚSCULO ESQUELÉTICA VISCERAL NINGUNO

PRÓXIMA FECHA DE CALIFICACIÓN:(D/M/A) 15/12/2031

DISPOSITIVO Y TECNOLOGÍAS DE APOYO

- UTILIZA NO UTILIZA
INDIQUE CUAL: MAQUINA DE HEMODIALISIS

Firma y Sello del/la Profesional 1

Firma y Sello del/la Profesional 2
(Si Corresponde)

COCHABAMBA / HOSP. VIEDMA

Municipio/Establecimiento de Salud

Sello de Unidad/Area/Programa de Discapacidad SEDES

Firma y Sello del/la Responsable
Unidad/Programa/Area de Discapacidad SEDES

15 de diciembre de 2025

Fecha de Calificación

(Este Certificado NO tendrá validez en caso de que tenga borrones, sobreescrituras y/o correcciones en el llenado)



FORMULARIO PARA CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD (ÁREA DE MEDICINA)

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS: JORGE HILARIO SORIA ROBLES

FUENTE DE INFORMACIÓN: USUARIO Y ESPOSA

ANAMNESIS (Específica de la Deficiencia)

REFIEREN QUE A SUS 54 AÑOS, SE INTERNO POR TRASTORNOS GASTRICOS, INGRESANDO DE EMERGENCIA CON DIAGNOSTICO OBSTRUCCION INTESTINAL, REALIZARON 3 INTERVENCIONES QUIRURGICAS CON RESECCION INTESTINAL, APARTIR DE ELLA COMENZO A PRESENTAR INSUFICIENCIA RENAL, ENTRANDO EN COMA POR LO QUE LE INTERNARON EN UTI, 9 DIAS, REALIZARON NECOGRAFIA Y LABORATORIOS DIAGNOSTICANDO ENFERMEDAD RENAL CRONICA ETAPA 5 Y REQUERIEMIENTO DIALITICO, LE COLOCARON CETETER YUGULAR IZQUIERDO Y COMENZO A DIALIZAR, POSTERIORMENTE LE COLOCARON CATETER FEMORAL Y CONTINUO DIALIZANDO.

ACTUALMENTE ACUDEN A CALIFICACION DE DISCAPACIDAD, CON INFORME MEDICO Y DIAGNOSTICOS ENFERMEDAD RENAL CRONICA ETAPA 5, HIPERTENSION ARTERIAL, ANEMIA SECUNDARIA.

ANTECEDENTES PRENATALES

Nro. de Gestación	Duración de la Gestación	Control Prenatal	Complicaciones
3/6	--	--	--

ANTECEDENTES PERINATALES

Parto	Lugar	Cesárea	Complicaciones
---	---	---	---
Llanto	Cianosis	Incubadora	Complicaciones
---	---	---	---

ANTECEDENTES POSNATALES

ESQUEMA DE INMUNIZACIONES	Completo <input checked="" type="checkbox"/>	Incompleto <input type="checkbox"/>	No recuerda <input type="checkbox"/>
DESAKROLLO PSICOMOTOR			

Sostén cefálico	--	Sedestación	--	Bipedestación	--	Marcha	--	Lenguaje	--	Control de esfínteres	--
-----------------	----	-------------	----	---------------	----	--------	----	----------	----	-----------------------	----

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Cardiovascular <input checked="" type="checkbox"/>	Pulmonar <input checked="" type="checkbox"/>	Digestivo <input checked="" type="checkbox"/>	Endocrinológicos <input checked="" type="checkbox"/>	Farmacológicos <input checked="" type="checkbox"/>
Renales <input checked="" type="checkbox"/>	Quirúrgicos <input checked="" type="checkbox"/>	Alérgicos <input checked="" type="checkbox"/>	Transfusiones <input checked="" type="checkbox"/>	
Especifico: A 54 AÑOS 3 CIRUGIAS GASTRICAS, ERC ETAPA 5				

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Alcohol <input checked="" type="checkbox"/>	Tabaco <input checked="" type="checkbox"/>	Drogas <input checked="" type="checkbox"/>	Otros <input checked="" type="checkbox"/>
Especifico: -----			

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padres	FALLECIDOS
Hermanos/as	5 APARENTEMENTE SANOS
Hijos/as	2 APARENTEMENTE SANOS
Otro	APARENTEMENTE SANOS

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

Menarquía	-----	Ritmo	NONE	F.U.M.	NONE	Gesta	NONE	Para	NONE	AB	NONE	Cesárea	NONE
Uso de Métodos Anticonceptivos			SI		NO	X	¿Cuál?						

SIGLOS VITALES

T.A.mmHg 120/80	F.C.x/min 78	F.R.x/min 18	Temperatura °C 36.5
-----------------	--------------	--------------	---------------------

EXAMEN FÍSICO (Específico de la Deficiencia)

USUARIO INGRESA DEAMBULANDO, CON CIERTA DIFICULTAD EN LA MARCHA, ACOMPAÑADO DE LA ESPOSA; EN REGULAR ESTADO GENERAL, CONCIENTE ORIENTADO EN PERSONA TIEMPO Y ESPACIO.

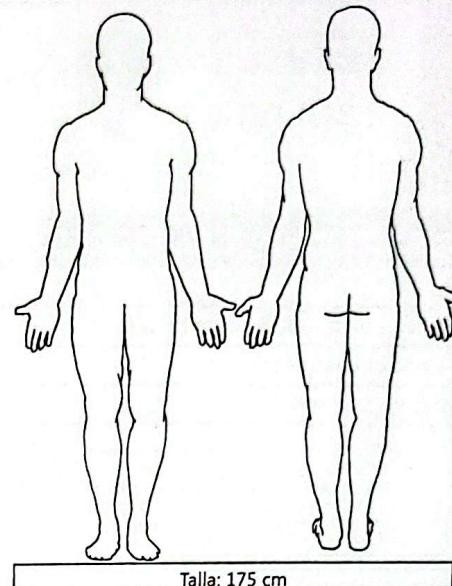
ACTITUD TRANQUILA PASIVA, SE COMUNICA VERBALMENTE, SABE LLENAR Y ESCRIBIR.

FACIES PALEADA TERROZA, CONJUNTIVAS LIGERAMENTE PALIDAS.

EXTREMIDADES SUPERIORES CON TONO TROFISMO CONSERVADOS.

EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA CON PRESENCIA DE CATETER FEMORAL FUNCIONAL POR DONDE REALIZA SU HEMODIALISIS ACTUALMENTE.

TIENE CONTROL DE ESFINTERES.



Talla: 175 cm

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO	AFECCIONES TUBULARES Y TUBULOINTERSTICIALES INDUCIDAS POR DROGAS Y POR METALES PESADOS		CÓDIGO CIE	N14
EDAD INICIO DE LA DEFICIENCIA	54 Años 0 Meses 0 Días			
DIAGNÓSTICO DE LA DEFICIENCIA			CÓDIGO CIE	
INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL				N18.0
OTROS DIAGNÓSTICOS: HIPERTENSION ARTERIAL, DISCITIS				
VALORACIÓN DE LA DEFICIENCIA (BAREMO, Norma Nacional para la Calificación, Registro y Carnetización de Discapacidad, CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE DISCAPACIDAD, capítulo, página, tabla.)				
BAREMO, NORMA NACIONAL PARA LA CALIFICACION, REGISTRO Y CARNETIZACION DE DISCAPACIDAD (RM 0003)				
CAPITULO 8, PAGINA 184, CLASE 4				
POR ENFERMEDAD RENAL CRONICA TERMINAL Y REQUERIMIENTO SUSTITUTIVO DIALITICO TRISEMANAL PERMANENTE = 50 % DISCAPACIDAD FISICA MOTORA (VISERAL).				

* En caso de que el espacio sea insuficiente puede anexar otra hoja.

PORCENTAJE DE CALIFICACIÓN

MEDICINA	50 %	PSICOLOGÍA	0 %	DECLARACIÓN JURADA FACTORES SOCIALES	3
Tabla de Valores Combinados y Sumatoria		50 % / 0 % = 50 % + 3 = 53 %			
PORCENTAJE GLOBAL DE DISCAPACIDAD 53 %					
TIPO DE DISCAPACIDAD	FÍSICA MOTORA		GRADO DE DISCAPACIDAD	GRAVE	

Fecha: 15 DE DICIEMBRE DE 2025

SELLO

FIRMA

DECLARACIÓN JURADA - FACTORES SOCIALES

El contenido de la presente declaración jurada es exclusivamente responsabilidad del declarante.

Lugar: COCHABAMBA Fecha: 15 DE DICIEMBRE DE 2025

CON EL PRESENTE DOCUMENTO

Yo **JORGE HILARIO SORIA ROBLES**, con Cédula de Identidad **3613183**, de 55 años de edad, radicado en el Municipio de COCHABAMBA del Departamento de COCHABAMBA

Yo , con Cédula de Identidad de años de edad, en calidad de de con Cédula de Identidad de años de edad, radicado en el Municipio de del Departamento de

Declaro y afirmo que toda la información proporcionada a continuación es verídica, fiable y autorizo se pueda realizar la verificación y visita domiciliaria en caso sea necesario y de comprobarse la falsedad de algunos de ellos seré sujeto a sanciones dentro de lo que se establece el marco legal del Estado Plurinacional de Bolivia..

DECLARACIÓN JURADA FACTORES SOCIALES			
FACTOR FAMILIAR	SI	NO	PTJE
• FAMILIAR CON ENFERMEDAD CRÓNICA O TERMINAL.		X	0
• CUIDADOR/ PROVEEDOR MAYOR DE 60 AÑOS		X	0
• 2 O MÁS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN SU NÚCLEO FAMILIAR		X	0
• ABANDONO DEL CUIDADOR / PROVEEDOR		X	0
• MUERTE DEL CUIDADOR / PROVEEDOR		X	0
• SOBREPROTECCIÓN DEL CUIDADOR/PROVEEDOR		X	0
• NEGLIGENCIA DEL CUIDADOR / PROVEEDOR		X	0
• VIOLENCIA DENTRO SU NÚCLEO FAMILIAR		X	0
FACTOR ECONÓMICO	SI	NO	PTJE
• USUARIO/A O FAMILIA QUE CUENTA CON ALGÚN TIPO DE INGRESO ECONÓMICO	X		0
• USUARIO/A QUE VIVE DE LA CARIDAD O BONO MENSUAL		X	0
FACTOR LABORAL	SI	NO	PTJE
• USUARIO/A QUE CUENTA CON FUENTE LABORAL		X	2
FACTOR EDUCATIVO	SI	NO	PTJE
ANOTAR GRADO APROBADO	ANÁLISIS	PTJE	
3	TÉCNICO MEDIO	0	
FACTOR ENTORNO	SI	NO	PTJE
CONDICIONES DE HABITABILIDAD	SI	NO	PTJE
• 3 O MÁS PERSONAS VIVEN EN UNA (1) SOLA HABITACIÓN		X	0
• USUARIO/A O FAMILIA QUE CUENTA CON LOS SERVICIOS BÁSICOS COMPLETOS	X		0
• USUARIO/A QUE VIVE EN SITUACIÓN DE CALLE		X	0
CONDICIONES DE REHABILITACIÓN Y BARRERAS	SI	NO	PTJE
• USUARIO/A QUE RECIBE REHABILITACIÓN EN UN CENTRO DE SALUD PÚBLICO		X	1
• USUARIO/A QUE CUENTA CON ALGUNA BARRERA EN SU ENTORNO	X		1

El formulario NO tendrá validez en caso de contener borrones, sobreescrituras y/o correcciones.

El profesional del Equipo de Calificación de Discapacidad, queda exento de responsabilidad de los datos proporcionados en la presente declaración jurada

SUMA DE FACTORES SOCIALES		
FACTORES SOCIALES	PTJE	PUNTAJE TOTAL
FACTOR FAMILIAR	0	3
FACTOR ECONÓMICO	0	
FACTOR LABORAL	2	
FACTOR EDUCATIVO	0	
FACTOR ENTORNO	1	

FIRMA DEL USUARIO

FIRMA DEL ACOMPAÑANTE
(SI CORRESPONDE)