

ESTADO PLURINACIONAL DE  
**BOLIVIA**

MINISTERIO DE  
SALUD Y DEPORTES

NUEVO

RECALIFICADO

X

## 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 ..... años de edad, radicado en el Municipio de ..... del Departamento de .....

1. 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.
2. 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.
3. Aclaro 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.
4. 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.
5. 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 Apellido Paterno		ROBLES Apellido Materno		Jorge HILARION Nombres	
3613183 Número de Cédula de Identidad	BOLIVIANA Nacionalidad	14 1 1970 Fecha de Nacimiento (D-M-A)	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Sexo (masculino-femenino)	NINGUNO Nación o pueblo indígena - originario - campesino	
Dirección Actual ZONA CHIMBA, CALLE BRAVO ENTRE GUTEMBER Y VILLARROEL, S/N Barrio/Zona/Avenida/Calle/Pasaje/Edificio/Piso/Número					
COCHABAMBA Departamento	CERCADO (COCHABAMBA) Provincia	COCHABAMBA Municipio	Comunidad		
68517127 Número de celular		EDAD: AÑOS 55 MESES 11			

**ESTADO CIVIL:** SOLTERA/O ☐ CASADA/O ☒ CONCUBINA/O ☐ DIVORCIADA/O ☐ VIUDA/O ☐ SEPARADA/O ☐

**VIVE CON:** SOLO ☐ PADRES ☐ FAMILIA ☒ AMIGOS ☐ PARIENTES ☐ INSTITUCIÓN ☐

**TIENE HIJOS/AS:** SI ☒ NO ☐ CUANTOS: 2

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ALQUILADA ☒ ANTICRÉTICO ☐ MIXTA ☐ PRESTADA ☐ INSTITUCIONAL ☐ NINGUNA ☐

**HACINAMIENTO:** SI ☐ NO ☒ **SERVICIOS BÁSICOS:** AGUA POTABLE ☒ ALCANTARILLADO ☒ ELECTRICIDAD ☒ GAS DOMICILIARIO ☒ NINGUNO ☐

**ATENCIÓN EN SALUD:** PÚBLICO ☒ PRIVADO ☐ SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO ☐ **ACCESO A MEDICAMENTOS:** PÚBLICO ☐

**USA ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO:** SI ☐ NO ☒ CUAL

**RECIBE REHABILITACIÓN:** SI ☐ NO ☒ PÚBLICO ☐ PRIVADO ☐ SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO ☐

**NIVEL EDUCATIVO:** TÉCNICA TECNOLÓGICA ☐ TM ☐ **REQUIERE:** EDUCACIÓN REGULAR: SI ☐ NO ☒

**ASISTE A EDUCACIÓN ESPECIAL:** SI ☐ NO ☒ SE SUGIERE APOYO PSICOLÓGICO: SI ☐ NO ☒

**LEE:** SI ☒ NO ☐ **ESCRIBE:** SI ☒ NO ☐ SE SUGIERE APOYO PSICOPEDAGÓGICO: SI ☐ NO ☒

**FORMAS DE COMUNICACIÓN:** LENGUA DE SEÑAS ☐ LENGUAJE NO VERBAL ☐ LENGUAJE VERBAL ☒ NINGUNO ☐

**IDIOMAS QUE HABLA:** CASTELLANO ☒ AYMARA ☐ QUECHUA ☐ GUARANI ☐ NINGUNO ☐ OTROS

**PROFESIÓN:** TÉCNICO MEDIO AUTOMOTRIZ Ejerce SI ☐ NO ☒

**OCUPACIÓN ACTUAL:**

<input type="checkbox"/> PROFESIONAL	<input type="checkbox"/> COMERCIANTE	<input type="checkbox"/> LABORES DE CASA
<input type="checkbox"/> TÉCNICO	<input type="checkbox"/> MILITAR O POLICÍA	<input type="checkbox"/> PROFESOR
<input checked="" type="checkbox"/> AYUDA EN LABORES DE CASA	<input type="checkbox"/> ESTUDIANTE	<input type="checkbox"/> NINGUNO
<input type="checkbox"/> OTROS		

**TELÉFONOS DE REFERENCIA:**

Número de teléfono fijo	72282605 Número de celular
-------------------------	-------------------------------

FIRMA O HUELLA

USUARIO/A	ACOMPANANTE

**DATOS DE DEFICIENCIA Y DISCAPACIDAD (LETRA IMPRENTA - LEGIBLE)**

**CAUSA DE LA DEFICIENCIA:**

<input checked="" type="checkbox"/> 1. ENFERMEDAD ADQUIRIDA	Código CIE N14	<input type="checkbox"/> 2. ACCIDENTE DE TRÁNSITO	Código CIE	<input type="checkbox"/> 3. ACCIDENTE DE TRABAJO	Código CIE
<input type="checkbox"/> 4. ACCIDENTE DOMÉSTICO		<input type="checkbox"/> 5. ACCIDENTE DEPORTIVO		<input type="checkbox"/> 6. VIOLENCIA	
<input type="checkbox"/> 7. DESASTRE NATURAL		<input type="checkbox"/> 8. CONGÉNITO/GENÉTICO		<input type="checkbox"/> 9. PROBLEMAS PRENATALES	
<input type="checkbox"/> 10. PROBLEMAS DE PARTO		<input type="checkbox"/> 11. TRASTORNOS NUTRICIONALES		<input type="checkbox"/> 12. OTRO ESPECIFICAR	

**Edad de inicio de la deficiencia:** 54 Años 0 Meses 0 Días

**DIAGNÓSTICO DE LA DEFICIENCIA:** 1. INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL N18.0

**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:** ☒ 1. FÍSICA MOTORA ☐ 2. AUDITIVA ☐ 3. INTELECTUAL ☐ 4. MENTAL O PSÍQUICA ☐ 5. MÚLTIPLE ☐ 6. NINGUNO

**SEÑALE CON UNA EQUIS Y CÍRCULO LA DEFICIENCIA MÁS IMPORTANTE QUE PROVOCA LA DISCAPACIDAD**

☐ INTELECTUAL ☐ MENTAL O PSÍQUICA ☐ AUDITIVA ☒ LENGUAJE ☐ MÚSCULO ESQUELÉTICA ☒ VISCERAL ☐ NINGUNO

**DISPOSITIVO Y TECNOLOGÍAS DE APOYO** ☒ UTILIZA ☐ NO UTILIZA

INDIQUE CUAL: MAQUINA DE HEMODIALISIS

**PROXIMA FECHA DE CALIFICACIÓN:(D/M/A)** 15/12/2031 **FECHA DE RENOVACIÓN DE CARNET DE DISCAPACIDAD:(D/M/A)** 15/12/2031

Firma y Sello del/la Profesional 1

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

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

COCHABAMBA / HOSP. VIEDMA  
Municipio/Establecimiento de Salud

Sello de Unidad/Área/Programa 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)





ESTADO PLURINACIONAL DE  
**BOLIVIA**

MINISTERIO DE  
SALUD Y DEPORTES

Nº DE REGISTRO

8785

## FORMULARIO PARA CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD (ÁREA DE MEDICINA)

### IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS: **JORGE HILARION 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 ELLO COMENZO A PRESENTAR INSUFICIENCIA RENAL, ENTRANDO EN COMA POR LO QUE LE INTERNARON EN UTI, 9 DIAS, REALIZARON NECROGRAFIA Y LABORATORIOS DIAGNOSTICANDO ENFERMEDAD RENAL CRONICA ETAPA 5 Y REQUERIMIENTO 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 type="radio"/>	Incompleto <input type="radio"/>	No recuerda <input type="radio"/>
---------------------------	--------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

### DESARROLLO PSICOMOTOR

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

### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

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

### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Alcohol <input type="radio"/>	Tabaco <input type="radio"/>	Drogas <input type="radio"/>	Otros <input type="radio"/>
Especifique: -----			

### 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?	-----				

### SIGNOS 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.

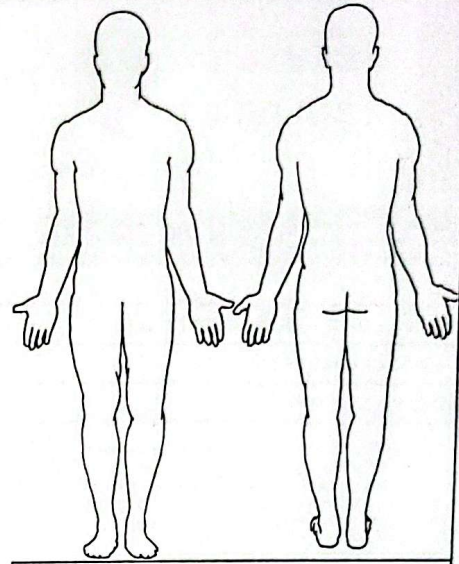
ACTITUD TRANQUILA PASIVA, SE COMUNICA VERBALMENTE, SABE LER Y ESCRIBIR.

FACIES PALIDA TERROZA, CONJUNTIVAS LIGERAMENTE PALIDAS.

EXTREMIDADES SUPERIORES CON TONO TROFISMO CONSERVADOS.

EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA CON PRESENCIA DE CATETER FEMORAL FUNCIONAL POR DONDE REALIZA SUS 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 (VISCERAL).

\* En caso de que el espacio sea insuficiente puede anexas 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 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 ..... 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 será sujeto a sanciones dentro de lo que se establece el marco legal del Estado Plurinacional de Bolivia.

DECLARACIÓN JURADA FACTORES SOCIALES			
	SI	NO	PTJE
<b>FACTOR FAMILIAR</b>			
• 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
<b>FACTOR ECONÓMICO</b>			
• 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	
<b>FACTOR LABORAL</b>			
• USUARIO/A QUE CUENTA CON FUENTE LABORAL		X	2
<b>FACTOR EDUCATIVO</b>			
<b>ANOTAR GRADO APROBADO</b>	<b>ANÁLISIS</b>		<b>PTJE</b>
3	TÉCNICO MEDIO		0
<b>FACTOR ENTORNO</b>			
<b>CONDICIONES DE HABITABILIDAD</b>			
• 3 O MÁS PERSONAS VIVEN EN UNA (1) SOLA HABITACIÓN		X	0
• USUARIO/A O FAMILIA QUE CUENTA CON LOS SERVICIOS BÁSICOS COMPLETOS	X		
• USUARIO/A QUE VIVE EN SITUACIÓN DE CALLE		X	0
<b>CONDICIONES DE REHABILITACIÓN Y BARRERAS</b>			
• USUARIO/A QUE RECIBE REHABILITACIÓN EN UN CENTRO DE SALUD PÚBLICO		X	1
• USUARIO/A QUE CUENTA CON ALGUNA BARRERA EN SU ENTORNO	X		

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)