

INFORME MÉDICO DE CLASIFICACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

CONSTAR QUE EL CIUDADANO:

FECHA DE ELABORACIÓN		
01. DÍA 24	02. MES 01	03. AÑO 2018

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

04. PRIMER APELLIDO <i>Lambrano</i>	05. SEGUNDO APELLIDO <i>García</i>	06. PRIMER NOMBRE <i>Liliv</i>	
07. SEGUNDO NOMBRE <i>Leonar</i>	08. Nº DE CÉDULA DE IDENTIDAD / Nº DE PASAPORTE <input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E 24653211	09. DÍA 20	10. MES 03
	11. AÑO 51	12. EDAD 60	13. SEXO <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA			
14. COMUNICACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL <i>19 de Abril</i>	15. AVENIDA / CARRETERA / CALLE / ESQUINA <i>Manzanera 4</i>	16. EDIFICIO / QUINTA / CASA / GALPÓN <i>CSN</i>	
17. TIPO PLANTA / LOCAL	18. CÓDIGO POSTAL	19. PUNTO DE REFERENCIA <i>Cerca de la Lourdes sector 4</i>	
20. Nº DE TELÉFONO HABITACIÓN <i>51-9895322</i>	21. NÚMERO DE HISTORIA		

PRESENTAR LAS SIGUIENTES DISCAPACIDADES Y SU RESPECTIVA CALIFICACIÓN

22. CLASIFICACIÓN			
22.1 FUNCIÓN DEFICIENTE	22.1.1 CALIFICACIÓN	22.2 ACTIVIDAD LIMITADA	22.2.1 CALIFICACIÓN
22.1.1 INTELECTUAL	0	APRENDIZAJE	0
22.1.2 PSICOMOTRIZ	0	ROUTINA DIARIA	1
22.1.3 FÍSICA	2	COMUNICACIÓN VERBAL	0
22.1.4 VISUAL	0	MOVILIDAD	2
22.1.5 AUDITIVA	1	AUTOCUIDADO	1
22.1.6 LINGÜÍSTICA	0	VIDA DOMÉSTICA	1
22.1.7 NEUROLÓGICA	1	RELACIONES INTERPERSONALES	0
22.1.8 RESPIRATORIA	0	EDUCACIÓN	0
22.1.9 CARDIOVASCULAR	0	TRABAJO	3
22.1.10 GASTROINTESTINAL	0	VIDA CIUDADANA	1
22.1.11 UROLÓGICA	0		
22.1.12 OTOLOGÍA	2		

NOTA de paciente o de 60 años. En antecedente de
HISTORIA, enfermedad del GOVOROSIS en ambas rodillas
de intento / cirugía de prótesis de prótesis realizadas.
N. de afectación secundaria a las artroscopias realizadas.
Paciente en tratamiento de prótesis

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

23. PRIMER APELLIDO <i>Díaz</i>	24. SEGUNDO APELLIDO <i>Romero</i>	25. PRIMER NOMBRE <i>Romulo</i>
26. NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD / Nº PASAPORTE <i>A E 610 75718</i>		
27. Nº DE REGISTRO DEL MPPS <i>44270</i>	28. REGISTRO DE COLEGIO DE MÉDICOS	
29. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN U ORGANISMO DONDE ABORDA <i>Ministerio Popular de Atención</i>		
30. REGISTRO SANITARIO <i>44270</i>		



Firma
Dr. Romulo Díaz
Especialista en MGI
C.M.P. 1736

FORMA

Guanara, 06, 07, 2016

TAC 3141 -> AYUD. TECNICO
3143 -> BOLS. CORRIDI

Ciudadano Gobernador: Rainaldo Castañeda

Me dirijo a usted con un cordial Saludo y con la finalidad de solicitar una silla de Ruedas electricas Soy una Persona indisciplinada con impedimento de Poder movilizarme por si sola por tener Problemas inmoviles de mis miembros superiores Por eso con el favor de Dios y de usted espero una Pronta Respuesta y Pidiendole Bendición de Dios Para usted y su familia.

y tambien con la misma Podiendo solicitar una Bolsa de comida soy una Persona de tercera edad.

Sra: Lilia Zambrano

Cel. 24.653.211

Dirección: Barrio 19 de Abril

Sector: 1 detras de la cancha

Numero Celular: 0416.026.9482

Lilia Zambrano



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD

V 24.653.211

APELLIDOS ZAMBRANO GARCIA

NOMBRES LILIA LEONOR

MF001

Hugo Cabezas
Director

Firma Titular

Lilia Zambrano

20-03-51 SOLTERA

F. NACIMIENTO EDO CIVIL

16-03-07 03-2017

F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO

