

S6	Concentrarse en hacer algo durante diez minutos	1. Ninguna
S7	Caminar una larga distancia como un kilómetro (o equivalente)	5. No puede hacerlo
S8	Lavarse todo el cuerpo (bañarse)	1. Ninguna
S9	Vestirse	1. Ninguna
S10	Relacionarse con personas que no conoce	1. Ninguna
S11	Mantener una amistad	1. Ninguna
S12	Llevar a cabo su trabajo o las actividades escolares diarias	3. Moderada

Esta dificultad con la realización de sus actividades se debe:

LIMITACIONES EN ACTIVIDAD Y RESTRICCIÓN EN PARTICIPACIÓN (d)
Seleccione las actividades y participación comprometidas. Puede seleccionar más de una.

ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN <i>Títulos de capítulos de la CIF y sus códigos de referencia</i>	Grado de limitación/restricción <input type="text" value="1. Problema LIGERO (5-24%)"/>
<input type="checkbox"/> Aprendizaje y aplicación del conocimiento (d110-d199)	Datos ampliados
<input type="checkbox"/> Tareas y demandas generales (d210-d299)	
<input type="checkbox"/> Comunicación (d310-d399)	
<input checked="" type="checkbox"/> Movilidad (d410-d499)	
<input type="checkbox"/> Autocuidado (d510-d599)	
<input type="checkbox"/> Vida doméstica (d610-d699)	
<input type="checkbox"/> Interacciones y relaciones interpersonales (d710-d799)	
<input type="checkbox"/> Áreas principales de la vida (d810-d899)	
<input type="checkbox"/> Vida comunitaria, social y cívica (d910-d999)	

FACTORES CONTEXTUALES

Grado máximo de estudios: Ocupación actual:
 Principal medio de transporte: Tipo de vivienda:
 Servicios intradomiciliarios: Agua potable Drenaje Electricidad Gas

AYUDAS FUNCIONALES
Seleccione las ayudas funcionales utilizadas ACTUALMENTE por la persona. Puede seleccionar más de una.

<input type="checkbox"/> Animales de servicio y asistencia	<input type="checkbox"/> Diálisis/hemodiálisis	<input type="checkbox"/> Prótesis de miembro superior
<input type="checkbox"/> Asistencia por otra persona	<input type="checkbox"/> Equipos de escritura Braille	<input type="checkbox"/> Productos para estomas
<input type="checkbox"/> Ayudas funcionales auditivas	<input type="checkbox"/> Órtesis de columna	<input type="checkbox"/> Productos cateterismo vesical
<input type="checkbox"/> Auxiliar de la marcha/movimiento	<input type="checkbox"/> Órtesis de miembro inferior	<input type="checkbox"/> Tecnologías de información y comunicación (TICs)
<input type="checkbox"/> Ayudas funcionales visuales	<input type="checkbox"/> Órtesis de miembro superior	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas
<input type="checkbox"/> Bastón guía	<input type="checkbox"/> Oxígeno suplementario	<input type="checkbox"/> Tableros de comunicación
<input type="checkbox"/> Cojín/colchón antiescaras	<input type="checkbox"/> Prótesis de miembro inferior	

Especificar ayudas funcionales no descritas previamente:

USO DE MEDICAMENTOS A LARGO PLAZO
Seleccione el grupo de medicamentos NECESARIOS para el funcionamiento de la persona. Puede seleccionar más de uno

<input checked="" type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Efecto a nivel gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Efecto a nivel musculoesquelético
<input type="checkbox"/> Analgésicos/antiinflamatorios	<input type="checkbox"/> Efecto a nivel metabólico	<input type="checkbox"/> Efecto a nivel sistema nervioso
<input type="checkbox"/> Efecto a nivel cardiovascular	<input type="checkbox"/> Efecto a nivel endócrino	<input type="checkbox"/> Oncológicos
<input type="checkbox"/> Efecto a nivel pulmonar	<input type="checkbox"/> Efecto a nivel genitourinario	<input type="checkbox"/> Psicofármacos

FACILITADORES Y BARRERAS (e)

Principal FACILITADOR identificado: **Datos ampliados**
 Principal BARRERA identificada:

Actualmente la persona vive en condición de discapacidad:
 Otras áreas del funcionamiento comprometidas: No Auditiva Visual Intelectual Psicosocial Neuromotora
 Grado de afectación funcional: Causa de la deficiencia:

DATOS DE QUIEN EMITE EL CERTIFICADO

Primer apellido: Segundo apellido: Nombres (s):

Cédula profesional: Médico: Firma del médico y sello de la Institución pública

ESTE CERTIFICADO TIENE UNA VIGENCIA DE año
 A PARTIR DE SU FECHA DE EXPEDICIÓN

La información contenida en este documento es producto de los datos proporcionados por el interesado(a) y su correlación clínica, con apego a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Art.1°), la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Ley General de Salud (Art.389), la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad y el Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad (Art.19). Carece de validez pericial.

