

Centro de Rehabilitación: **CRIS NAUCALPAN DE JUAREZ TERESA DE CALCUTA**

No. de folio: _____

No. de expediente: **S/E**

Fecha de expedición: **07/11/2024**

FICHA DE IDENTIFICACIÓN



Nombre: **IRMA DELGADO MONDRAGON**
 CURP: **DEMI660530MDFLNR01** Edad: **57 AÑOS** Sexo: **Femenino**
 Entidad de nacimiento: **Ciudad de México** Teléfono de contacto: **55 16 04 87 95**
 Estado civil: **Soltero (a)** Hijos: **Ninguno** Dependientes económicos: **Ninguno**
 Usuario de servicios de salud: **Con frecuencia** Servicios de salud utilizados: **IMSS**

Exclusivo para menores de edad o adultos con discapacidad que requieran el apoyo habitual de otra persona.
 Nombre de tutor/cuidador o facilitador: **ESTHER DELGADO MONDRAGON**

DOMICILIO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Tipo de vialidad: Calle **23 y 24** Nombre de vialidad: **CORONA**
 No. exterior: **28** No. interior: _____ Colonia: **MODELO**
 C.P.: **53330** Municipio: **NAUCALPAN DE JUAREZ** Entidad de residencia: **Estado de Mexico**

FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD

CONDICIÓN DE SALUD

Marco conceptual basado en la etiología. Debe incluir código alfanumérico correspondiente a la CIE-10. En caso de presentar más de una afección, el diagnóstico principal corresponderá al causante de mayor limitación y restricción.

Diagnóstico principal: **TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO** Código CIE-10: **S062 F72 G81**

Diagnóstico ampliado: **DISCAPACIDAD INTELECTUAL HEMIPARESIA DERECHA**

DEFICIENCIAS EN FUNCIONES CORPORALES (b)

Corresponden a desviaciones significativas o pérdida de las funciones fisiológicas, incluyendo las psicológicas. Puede seleccionar más de una

FUNCIONES CORPORALES		Grado de deficiencia: 4 Problema COMPLETO (95-100%)
<i>Títulos de capítulos de la CIF y sus códigos de referencia</i>		
<input checked="" type="checkbox"/>	Mentales (pensamiento, memoria, juicio, afecto y cognición) (b110-b199)	<i>Datos ampliados</i> FUNCIONES MENTALES SUPERIORES FUNCIONES DE LA MARCHA FUNCIONES DEL LENGUAJE
<input checked="" type="checkbox"/>	Sensoriales y del dolor (b210-b299)	
<input checked="" type="checkbox"/>	La voz y el habla (b310-b399)	
<input type="checkbox"/>	Sistema cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio (b410-b499)	
<input type="checkbox"/>	Sistema digestivo, metabólico y endócrino (b510-b599)	
<input type="checkbox"/>	Genitourinarias y reproductoras (b610-b699)	
<input checked="" type="checkbox"/>	Neuromusculoesqueléticas y del movimiento (b710-b799)	
<input type="checkbox"/>	Piel y estructuras relacionadas (b810-b899)	

DEFICIENCIAS EN ESTRUCTURAS CORPORALES (s)

Corresponden a las desviaciones significativas o pérdidas en partes anatómicas. Puede seleccionar más de una.

ESTRUCTURAS CORPORALES		Grado de deficiencia: 4 Problema COMPLETO (96-100%)
<i>Títulos de capítulos de la CIF y sus códigos de referencia</i>		
<input checked="" type="checkbox"/>	Sistema nervioso (s110-s199)	<i>Datos ampliados</i> CEREBRO HEMICUERPO DERECHO
<input type="checkbox"/>	Ojo, oído y estructuras relacionadas (s210-s299)	
<input checked="" type="checkbox"/>	Involucradas en la voz y el habla (s310-s399)	
<input type="checkbox"/>	Sistema cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio (s410-s499)	
<input type="checkbox"/>	Sistema digestivo, metabólico y endócrino (s510-s599)	
<input type="checkbox"/>	Genitourinarias y reproductoras (s610-s699)	
<input checked="" type="checkbox"/>	Relacionadas con el movimiento (s710-s799)	
<input type="checkbox"/>	Piel y estructuras relacionadas (s810-s899)	

ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN

Actividad es la realización de una tarea o acción por una persona. Participación es el acto de involucrarse en una situación vital.

Si la persona es mayor de 18 años, pregunte acerca de las dificultades que tienen debido a sus condiciones de salud (versión administrada por entrevistador de 12 preguntas de WHODAS 2.0). **En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para?**

S1	Estar de pie por largos periodos como por ejemplo 30 minutos	5. No puede hacerlo
S2	Ocuparse de responsabilidad domésticas	5.No puede hacerlo
S3	Aprender una nueva tarea, por ejemplo, aprender cómo llegar a un nuevo lugar	5.No puede hacerlo
S4	Participar en actividades de su comunidad (por ejemplo, festividades, actividades religiosas o de otro tipo) de la misma forma que cualquier otra persona	5. No puede hacerlo
S5	Cuánto ha sido afectado emocionalmente por su condición de salud	4. Severa

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

Esta dificultad con la realización de sus actividades se debe: **Lenitud o torpeza**

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 4 Problema COMPLETO (96-100%)
<input checked="" type="checkbox"/>	Aprendizaje y aplicación del conocimiento (d110-d199)	Datos ampliados LIMITACION EN FUNCIONES MENTALES SUPERIORES LIMITACION EN FUNCIONES DE LA MARCHA LIMITACION EN FUNCIONES DEL LENGUAJE
<input checked="" type="checkbox"/>	Tareas y demandas generales (d210-d299)	
<input checked="" type="checkbox"/>	Comunicación (d310-d399)	
<input checked="" type="checkbox"/>	Movilidad (d410-d499)	
<input checked="" type="checkbox"/>	Autocuidado (d510-d599)	
<input checked="" type="checkbox"/>	Vida doméstica (d610-d699)	
<input checked="" type="checkbox"/>	Interacciones y relaciones interpersonales (d710-d799)	
<input checked="" type="checkbox"/>	Áreas principales de la vida (d810-d899)	
<input checked="" type="checkbox"/>	Vida comunitaria, social y cívica (d910-d999)	

FACTORES CONTEXTUALES

Grado máximo de estudios: **Media superior incompleta** Ocupación actual: **Otro**
 Principal medio de transporte: **Automóvil familiar** Tipo de vivienda: **Casa propia**
 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 checked="" 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 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	Psicofármacos

FACILITADORES Y BARRERAS (e)

Principal FACILITADOR identificado: **Apoyo y relaciones** *Datos ampliados*
 Principal BARRERA identificada: **Entorno**

Actualmente la persona vive en condición de discapacidad: **Intelectual**
 Otras áreas del funcionamiento comprometidas: No Auditiva Visual Intelectual Psicosocial Neuromotora
 Grado de afectación funcional: **Completa (96-100%)** Causa de la deficiencia: **Accidente**

DATOS DE QUIEN EMITE EL CERTIFICADO

Primer apellido: **OGAZON** Segundo apellido: **ANGUANO** Nombres (s): **JOSE ANTONIO**

Cédula profesional: **8693707** Médico: **Especialista** Firma del médico y sello de la institución pública

ESTE CERTIFICADO TIENE UNA VIGENCIA DE 5 años 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.