

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

No. de folio: _____

No. de expediente: _____

Fecha de expedición: **17/09/2024**

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: **GRACIELA GARDUÑO SANCHEZ**
 CURP: **GASG880820MDFRNR01** Edad: **36** Sexo: **Femenino**
 Entidad de nacimiento: **Ciudad de México** Teléfono de contacto: **5553008176**
 Estado civil: **Soltero (a)** Hijos: **Ninguno** Dependientes económicos: **Ninguno**
 Usuario de servicios de salud: **Casi nunca** Servicios de salud utilizados: **IMSS Bienestar**
Exclusivo para menores de edad o adultos con discapacidad que requieran el apoyo habitual de otra persona.
 Nombre de tutor/cuidador o facilitador: _____



DOMICILIO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Tipo de vialidad: **Calle** Nombre de vialidad: **BELISARIO DOMINGUEZ**
 No. exterior: **69** No. interior: _____ Colonia: **SAN RAFAEL CHAMAPA**
 C.P.: **53660** 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: **DEBIL VISUAL** Código CIE-10: **H54**
 Diagnóstico ampliado: **DEBIL VISUAL BILATERAL, RETINOPATIA DIABETICA DISCAPACIDAD PERMANENTE**

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 <i>Títulos de capítulos de la CIF y sus códigos de referencia</i>		Grado de deficiencia: .2 Problema MODERADO (25-49%)
<input type="checkbox"/> Mentales (pensamiento, memoria, juicio, afecto y cognición) (b110-b199)		Datos ampliados DEFICIENCIA EN TRASLADOS
<input checked="" type="checkbox"/> Sensoriales y del dolor (b210-b299)		
<input 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 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 <i>Títulos de capítulos de la CIF y sus códigos de referencia</i>		Grado de deficiencia: .2 Problema MODERADO (25-49%)
<input type="checkbox"/> Sistema nervioso (s110-s199)		Datos ampliados DEFICIENCIA VISUAL
<input checked="" type="checkbox"/> Ojo, oído y estructuras relacionadas (s210-s299)		
<input 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 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 períodos como por ejemplo 30 minutos	1. Ninguna
S2	Ocuparse de responsabilidades domésticas	3. Moderada
S3	Aprender una nueva tarea, por ejemplo, aprender cómo llegar a un nuevo lugar	1. Ninguna
S4	Participar en actividades de su comunidad (por ejemplo, festividades, actividades religiosas o de otro tipo) de la misma forma que cualquier otra persona	3. Moderada
S5	Cuánto ha sido afectado emocionalmente por su condición de salud	3. Moderada

S6	Concentrarse en hacer algo durante diez minutos	1. Ninguna
S7	Caminar una larga distancia como un kilómetro (o equivalente)	1. Ninguna
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: **Cambios en cómo realiza la actividad**

LIMITACIONES EN ACTIVIDAD Y RESTRICCIÓN EN PARTICIPACIÓN (d)		
Seleccione las actividades y participación comprometidas. Puede seleccionar más de una.		
ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN Títulos de capítulos de la CIF y sus códigos de referencia	Grado de limitación/restricción: 2 Problema MODERADO (25-49%)	
<input type="checkbox"/> Aprendizaje y aplicación del conocimiento (d110-d199)	Datos ampliados	
<input checked="" 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 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 completa	Ocupación actual: Otro
Principal medio de transporte: Transporte público colectivo	Tipo de vivienda: Casa propia
Servicios intradomiciliarios: <input checked="" type="checkbox"/> Agua potable <input checked="" type="checkbox"/> Drenaje <input checked="" type="checkbox"/> Electricidad <input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" 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 type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Efecto a nivel gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Efecto a nivel musculoesquelético
<input type="checkbox"/> Analgésicos/antiinflamatorios	<input checked="" type="checkbox"/> Efecto a nivel metabólico	<input type="checkbox"/> Efecto a nivel sistema nervioso
<input type="checkbox"/> Efecto a nivel cardiovascular	<input checked="" 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)	
Seleccione el grupo de facilitadores/barreras que mejor describa la situación de la persona. Puede seleccionar más de uno.	
Principal FACILITADOR identificado: Apoyo y relaciones	Datos ampliados
Principal BARRERA identificada: Servicios, sistemas y políticas	

Actualmente la persona vive en condición de discapacidad: **Visual**

Otras áreas del funcionamiento comprometidas: No Auditiva Visual Intelectual Psicosocial Neuromotora

Grado de afectación funcional: **Moderada (25-49%)** Causa de la deficiencia: **Enfermedad**

DATOS DE QUIEN EMITE EL CERTIFICADO

Primer apellido LOPEZ	Segundo apellido HERRERA	Nombres (s) GEORGINA ANGELICA
Cédula profesional: 5295281	Médico: Especialista	Firma del médico y sello de la Institución pública

ESTE CERTIFICADO TIENE UNA VIGENCIA DE **1 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.