



Centro de Rehabilitación: CENTRO DE REHABILITACION E INTEGRACION SOCIAL NAUCALPAN

Folio: _____

No. de Expediente: _____

Fecha de Expedición: 14/10/2020



Nombre: VERONICA CLEOFAS ARIZPE ROSETE

Lada y Teléfono: 53071470

CURP: AIRV750928MPLRSR08

Edad: 45

Sexo: Femenino

Fecha de Nacimiento: 28/09/1975

~~Estado~~ (a)

Nacionalidad: Mexicano (a)

Entidad de Nacimiento: Puebla

Servicios de Salud: Consultorio (Farmacias)

Nombre del Padre o Tutor: _____

Domicilio de la Persona con Discapacidad

Tipo de Vialidad: Calie

Vialidad: CADETE DE INTENDENCIA

Número Exterior: MANZANA 9

Número Interior: LOTE 4

Colonia: LOMAS DEL CADETE

C.P.: 53719

Municipio: NAUCALPAN DE JUAREZ

Entidad: Estado de México

Marco conceptual basado en la etiología (incluir código alfanumérico). Si hay más de una afección diagnóstica debe seleccionar la que considere causante de mayor limitación y/o restricción.

Clave CIE10: B91.X Diagnóstico CIE10: SECUELAS DE POLIOMIE

Diagnóstico ampliado: SECUELAS DE POLIOMIELITIS, MONOPARESIA FLACCIDA MIEMBRO PELVICO IZQUIERDO

FUNCIONES Y ESTRUCTURAS CORPORALES

Siguiendo el diagnóstico CIE10 seleccione las funciones corporales afectadas. Puede seleccionar más de una

	Deficiencia Detectada Tal como una desviación significativa o una pérdida
FUNCIONES CORPORALES (b)	ESPECIFICAR Funciones fisiológicas incluyendo las psicológicas
<input type="checkbox"/> Mentales <input type="checkbox"/> Sensoriales y del dolor <input type="checkbox"/> La voz y el habla <input type="checkbox"/> Sistema cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio <input type="checkbox"/> Sistema digestivo, metabólico y endócrino <input type="checkbox"/> Genitourinarias y reproductoras <input checked="" type="checkbox"/> Neuromuculoesqueléticas y del movimiento <input type="checkbox"/> Piel y estructuras relacionadas	Grado de Deficiencia: <u>Moderada</u>

Siguiendo el diagnóstico CIE10 seleccione las estructuras corporales afectadas. Puede seleccionar más de una

	Deficiencia Detectada Tal como una desviación significativa o una pérdida
ESTRUCTURAS CORPORALES (s)	ESPECIFICAR Partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes
<input type="checkbox"/> Sistema nervioso <input type="checkbox"/> Ojo, oído y estructuras relacionadas <input type="checkbox"/> Involucradas en la voz y el habla <input type="checkbox"/> Sistema cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio <input type="checkbox"/> Sistema digestivo, metabólico y endócrino <input type="checkbox"/> Genitourinarias y reproductoras <input checked="" type="checkbox"/> Relacionados con el movimiento <input type="checkbox"/> Piel y estructuras relacionadas	Grado de Deficiencia: <u>Moderada</u>

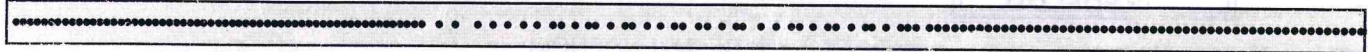
LIMITACIÓN EN ACTIVIDAD / RESTRICCIÓN EN PARTICIPACIÓN (d)

Seguendo las deficiencias detectadas, seleccione las actividades y/o participación comprometidas. Puede seleccionar más de una

<input type="checkbox"/> APRENDIZAJE Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO.	<input type="checkbox"/> VIDA DOMÉSTICA
<input type="checkbox"/> TAREAS Y DEMANDAS GENERALES.	<input type="checkbox"/> INTERACCION Y RELACIONES INTERPERSONALES
<input type="checkbox"/> COMUNICACIÓN.	<input type="checkbox"/> AREAS PRINCIPALES DE LA VIDA
<input checked="" type="checkbox"/> MOVILIDAD	<input type="checkbox"/> VIDA COMUNITARIA, SOCIAL Y CIVICA
<input type="checkbox"/> AUTOCUIDADO.	<input type="checkbox"/> NINGUNA

Con base en la actividad/participación afectada que considere mayor causante de limitación/restricción, califique la dificultad experimentada teniendo en cuenta cómo se realiza generalmente la actividad (considerando dispositivos o ayuda personal).

Cuánta dificultad ha tenido: Moderado Esta dificultad se debe a: Barreras Ambientales



Actualmente se dedica a: Búsqueda de empleo Sabe leer y escribir: _____

Estudia en: GSC o ONG Grado máximo de estudios: Secundaria completa

Tipo de Vivienda: Casa Rentada Principal medio de transporte: Transporte público

Servicios: Agua Electricidad Drenaje Gas Teléfono



- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Prótesis de miembro superior | <input type="checkbox"/> Auxiliar auditivo |
| <input type="checkbox"/> Prótesis de miembro inferior | <input type="checkbox"/> Auxiliar visual |
| <input type="checkbox"/> Órtesis de miembro superior | <input type="checkbox"/> Equipos de escritura braille |
| <input checked="" type="checkbox"/> Órtesis de miembro inferior | <input type="checkbox"/> Bastón blanco |
| <input type="checkbox"/> Órtesis de columna | <input type="checkbox"/> Perro guía |
| <input type="checkbox"/> Cojines / colchones antiescaras | <input type="checkbox"/> Tableros de comunicación |
| <input type="checkbox"/> Sillas de ruedas | <input type="checkbox"/> Equipos / Programas informaticos |
| <input checked="" type="checkbox"/> Auxiliar para la marcha | <input type="checkbox"/> Oxígeno complementario |

En el caso de ayudas funcionales, equipos, programas informáticos y recomendaciones no descritas previamente, favor de especificar:

Persona con Discapacidad: Neuromotora

En caso de discapacidad múltiple, desglosar áreas del funcionamiento comprometidas (auditiva, visual, intelectual, psicosocial, neuromotora):

Causa de la Deficiencia: Enfermedad Grado de Limitación Funcional: 25-49 % Moderada

11571701
Cédula Profesional


ROBERTO MANUEL ZAPATA ISLAS
Nombre y Firma del Médico