



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



SALUD  
SECRETARÍA DE SALUD

Gobierno del Estado de México  
Secretaría de Salud  
Instituto de Salud del Estado de México

"2023, Año del Septuagésimo Aniversario del Reconocimiento del Derecho al  
Voto de las Mujeres en México"

CERTIFICADO MÉDICO DE DISCAPACIDAD PERMANENTE

Folio: CMDP2403042347

Fecha: 04/03/2024

**NOMBRE:** SUAREZ RESENDIS KARLA SOFIA

**CURP:** SURK010727MMCRSRA8

**EDAD:** 22 años **SEXO:** FEMENINO

**CORREO ELECTRÓNICO:** SIN DATO

**FECHA DE NACIMIENTO:** 27/07/2001

**DOMICILIO:** PRIVADA PROLONGACION MORELOS #4 Loc: Naucalpan de Juárez

**MUNICIPIO:** Naucalpan de Juárez, ESTADO DE MÉXICO

**TELEFONO:** 5547726179

Tipo de discapacidad	Grado de discapacidad
Cognitivo /Intelectual	Profunda

	Leve	Moderada	Severa	Profunda
<b>WHODAS 2.0</b>	12 a 23 puntos	24 a 35 puntos	36 a 47 puntos	Más de 47 puntos
<b>WeeFIM</b>	Más de 93 puntos	69 a 93 puntos	44 a 68 puntos	18 a 43 puntos

16 años en adelante **WHODAS 2.0: 50/60**

menores de 16 años **WeeFIM: NO APLICA**

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

Idiopática

**DIAGNÓSTICO(S):**

AUTISMO ATÍPICO

**Vigencia: 6 meses a partir de la fecha de emisión**

A petición del interesado(a) se extiende el presente certificado en el municipio de Toluca, Estado de México el día 04 de Marzo del 2024.

La emisión del presente certificado invalida cualquier certificado emitido con anterioridad por el Instituto de Salud del Estado de México aún cuando siga dentro de la vigencia otorgada.

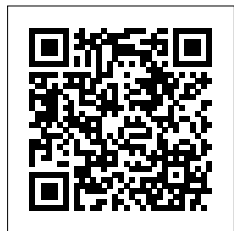
**Médico que solicita:** MANUEL OLEA TORRES

**Cédula profesional:** 4568643

**Firma del Médico que valida:**

**Médico que valida:** JUAN FRANCISCO MARQUEZ  
VAZQUEZ

**Cédula profesional:** 9109931



**Sello digital de la solicitud:**

1a2991df6f35d84a1afe58f407d74df9d54a3b631a68d3f74a9621ac79954398353035ccf3fa98d7826043e92  
625fca86d3ec50cb402eef7cc98e4174c3f791b

**Sello digital del certificado:**

3dd8f42a0d4ece2f687c92dacabe2fb4ebf4356b525e64fb32afe7a3d8d0b4e3ffdfdd979b627c4ac6e5eb9b  
68e1067b934a7ba6f8343b60a9e63dfce438d40c

La información contenida en el presente certificado fue extraída del expediente clínico y solicitada por el médico tratante.

El presente documento constituye la opinión del médico solicitante y del médico validador, basada en su experiencia y conocimiento, por lo tanto, carece de efectos vinculantes para con terceros.



Avenida Independencia 1009, Reforma y FFCC Nacionales C.P. 50070. Toluca, Estado de México

Tel.: (722) 2 26 25 00