

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Centro de Rehabilitación: **CENTRO DE REHABILITACION E INTEGRACION SOCIAL CRIS TERESA DE CALCUTA**  
 No. de folio: **1327123170** No. de expediente: \_\_\_\_\_ Fecha de expedición: **17/04/2023**

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN



Nombre: **ESMERALDA PETILU HERRERA MENDOZA**  
 CURP: **HEME790109MMCRNS06** Edad: **44** Sexo: **Femenino**  
 Entidad de nacimiento: **Estado de México** Teléfono de contacto: **5529846465**  
 Estado civil: **Casado(a)** Hijos: **3** Dependientes económicos: **3**  
 Usuario de servicios de salud: **En ocasiones** Servicios de salud utilizados: **INSABI**  
*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: **GUILLERMO PRIETO**  
 No. exterior: **20** No. interior: \_\_\_\_\_ Colonia: **SAN RAFAEL CHAMAPA**  
 C.P.: **53660** Municipio: **NAUCALPAN DE JUÁREZ** Entidad de residencia: **Estado de México**

## 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: **CORTICOPATÍA CONGENITA BILATERAL** Código CIE-10: **H 90.3**  
 Diagnóstico ampliado: **HIPOACUSIA CORTICOPATÍA COGENITA BILATERAL SEVERA DERECHO Y LEVE IZQUIERDO**

### 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: <b>4 Problema COMPLETO (95-100%)</b>
Títulos de capítulos de la CIF y sus códigos de referencia		
<input type="checkbox"/> Mentales (pensamiento, memoria, juicio, afecto y cognición)	(b110-b199)	<b>Datos ampliados</b> <b>DEFICIT AUDITIVO</b>
<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		Grado de deficiencia: <b>4 Problema COMPLETO (96-100%)</b>
Títulos de capítulos de la CIF y sus códigos de referencia		
<input type="checkbox"/> Sistema nervioso	(s110-s199)	<b>Datos ampliados</b> <b>DEFICIT AUDITIVO</b>
<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	1. Ninguna
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	3. Moderada
S11	Mantener una amistad	1. Ninguna
S12	Llevar a cabo su trabajo o las actividades escolares diarias	1. Ninguna

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 <i>Títulos de capítulos de la CIF y sus códigos de referencia</i>	Grado de limitación/restricción
<input type="checkbox"/> Aprendizaje y aplicación del conocimiento (d110-d199)	<b>Datos ampliados</b> MAYOR TRABAJO PARA ATENDER ORDENES POR PROBLEMA AUDITIVO
<input type="checkbox"/> Tareas y demandas generales (d210-d299)	
<input checked="" type="checkbox"/> Comunicación (d310-d399)	
<input 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: Media superior completa      Ocupación actual: Búsqueda de empleo  
 Principal medio de transporte: Transporte público colectivo      Tipo de vivienda: Casa prestada  
 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 checked="" 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: Actitudes      **Datos ampliados**  
 Principal BARRERA identificada: Entorno      **DEFICIT AUDITIVO**

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

**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.*

