

CERTIFICADO MÉDICO DE DISCAPACIDAD PERMANENTE

_____ a _____ de 201__.

Se extiende el presente certificado médico de discapacidad al C. _____
de ____ años de edad, quien reside en el municipio de _____ por presentar
discapacidad permanente de las siguientes características:

Tipo de la Discapacidad			
Neuromotora	Auditiva	Visual	
Musculo Esquelética	Lenguaje	Intelectual	
Múltiple	Otra	Especifique el otro tipo de discapacidad:	
Grado de la Discapacidad			
Leve	Moderada	Severa	
Causa de la Discapacidad			
Genética	Congénita	Enfermedad	
Accidente	Violencia	Se Ignora	
Facilitadores de la Discapacidad			
Escolaridad	Nivel Socioeconómico		
Derecho habiencia	Apoyos Funcionales que Usa Actualmente		
Apoyo Familiar	Empleo		

Edad de Inicio de la Discapacidad: _____

Escala de Independencia Funcional:

Vestido	Alimentación	Higiene	Movilidad	Desplazamiento	Manejo de Moneda	Comunicación	Conocimiento Social

Diagnóstico de la Discapacidad:

Diagnostico Nosológico de la Discapacidad:

Nombre Completo y Firma del Médico que Expide:	
Cedula Profesional del Médico Tratante:	



Sello de la Institución que Expide
VIGENCIA: Un año a partir de su expedición

CERTIFICADO MÉDICO DE DISCAPACIDAD PERMANENTE

El cuestionario incluye preguntas sobre las dificultades debido a condiciones de salud. Condiciones de salud se refiere a una enfermedad o enfermedades u otros problemas de salud de corta o larga duración, lesiones, problemas mentales o emocionales (o de los nervios).

A lo largo de toda esta entrevista, cuando este respondiendo a cada pregunta me gustaría que pensara en los últimos 30 días. Al responder a cada pregunta piense y recuerde cuenta dificultad ha tenido para realizar las siguientes actividades. Para cada pregunta, por favor circule solo una respuesta en los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad, ha tenido para:						
S1	Estar de pie durante largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 min?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no Puede Hacerlo
S2	Cumplir con sus quehacer de la casa?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no Puede Hacerlo
S3	Aprende una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no Puede Hacerlo
S4	Cuanta dificultad ha tenido para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, actividades religiosas u otras actividades)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no Puede Hacerlo
S5	Cuanto le ha afectado a la emocionalmente su "condición de salud"?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no Puede Hacerlo

En los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para:						
S6	Concentrar en hace algo durante diez minutos?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no Puede Hacerlo
S7	Andar largas distancias, como un kilómetro (o algo equivalente)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no Puede Hacerlo
S8	Lavarse todo el cuerpo (bañarse)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no Puede Hacerlo
S9	Vestirse?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no Puede Hacerlo
S10	Relacionarse con personas que no conoce?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no Puede Hacerlo
S11	Mantener una amistad?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no Puede Hacerlo
S12	Llevar a cabo su trabajo diario o actividades escolares?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no Puede Hacerlo

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO FORMATO DE CERTIFICADO MEDICO DE DISCAPACIDAD PERMANENTE.

El Honorable Ayuntamiento de Alvarado Veracruz es el responsable de los datos personales que usted nos proporcione, los datos personales que recabemos de usted los utilizaremos con la finalidad de llevar mejor una ficha de identificación y localización del paciente. De manera adicional utilizaremos su información personal como tipo, grado, causa de la discapacidad para la siguiente finalidad, llevar una mejor organización en nuestros servicios médicos y elaborar estadísticas que vayan encaminados a dar un mejor servicio a la ciudadanía. En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para las finalidades adicionales usted puede manifestarse ante la contraloría de este Ayuntamiento por medio de un oficio. Si usted no manifiesta su negativa para dichas transferencias se entenderá que ha otorgado su conocimiento. Para mayor información del tratamiento y los derechos que usted puede hacer valer, puede consultar el aviso de privacidad integral a través de la dirección electrónica www.alvarado.gob.mx. Sección Avisos de Privacidad.