**FOLIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| Anexar fotografía tamaño infantil o credencial a color  Sin lentes / cabeza descubierta |

NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_COL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.P:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MUNICIPIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TEL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CORREO ELECTÓNICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CAUSA DE DISCAPACIDAD: ENFERMEDAD \_\_\_\_ ACCIDENTE \_\_\_\_\_ NACIMIENTO \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SABE LEER: \_\_\_\_\_ TRABAJA \_\_\_ DESEMPLEADO \_\_\_ PENSIONADO \_\_\_ JUBILADO \_\_\_\_\_

**DERECHOHABIENCIA**

S.S.A \_\_\_\_ ISSSTE \_\_\_\_ISSSTESON\_\_\_\_\_SDN \_\_\_\_ SEGURO POPULAR \_\_\_\_ IMSS – SOLIDARIDAD \_\_\_\_ DIF \_\_\_\_ IMSS \_\_\_\_ PEMEX \_\_\_\_ SM\_\_\_\_\_

INSTITUCION PRIVADA \_\_\_\_ NINGUNA \_\_\_\_OTRA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SERVICIOS DE REHABILITACIÓN RECIBIDOS A LA FECHA**

MÉDICO ESPECIALISTA \_\_\_\_ TERAPIA FÍSICA \_\_\_\_TERAPIA OCUPACIONAL \_\_\_\_\_\_TERAPIA DE LENGUAJE \_\_\_\_\_\_

ATN. PSIQUIÁTRICA \_\_\_\_\_\_\_ EDUCACIÓN ESPECIAL \_\_\_\_ ENSEÑANZA A SEÑAS \_\_\_\_\_ ADAPTACIÓN DE PRÓTESIS Y ORTESIS \_\_\_\_

APOYO PSICOLÓGICO \_\_\_\_ REHABILITACIÓN PROFESIONAL \_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_ NINGUNO \_\_\_\_

**APOYOS FUNCIONALES QUE USA ACTUALMENTE**

PROTESIS DE: EXTREMIDADES SUPERIORES \_\_\_\_\_\_\_ EXTREMIDADES INFERIORES \_\_\_\_\_\_\_

ORTESIS DE: EXTREMIDADES SUPERIORES \_\_\_\_\_\_\_\_ TRONCO Y CUELLO \_\_\_\_\_\_\_ EXTREMIDADES INFERIORES \_\_\_\_\_\_\_ OTRA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**APOYOS O AYUDA**

BASTON \_\_\_\_SILLA DE RUEDAS \_\_\_\_MULETA CANADIENSE \_\_\_\_AUX. AUDITIVO \_\_\_\_ AYUDAS TÉCNICAS \_\_\_\_ANDADERA \_\_\_\_

MULETA AUXILIAR \_\_\_\_ LENTES \_\_\_\_ INTERPRETE \_\_\_\_ TABLERO DE COMUNICACIÓN \_\_\_\_ NINGUNO\_\_\_\_

**DATOS DE REFERENCIA A QUIEN AVISAR EN CASO DE ACCIDENTE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PARENTESCO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_COL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Huella dedo índice izq. Nombre o firma del solicitante letra grande, centrada y escribirla con plumón

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |