



DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

**REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE LA CREDENCIAL NACIONAL  
PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

1. **ORIGINAL Y COPIA DE FORMATO MEDICO EXPEDIDO POR ESPECIALISTA** (Se anexan especificaciones al reverso)
2. **COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO**
3. **COPIA DEL CURP**
4. **COPIA DE COMPROBANTE DE DOMICILIO** o credencial del INE con domicilio actual.
5. **UNA FOTOGRAFIA**, sin lentes, cabeza descubierta, tamaño infantil o credencial
6. **HUELLA DEL DEDO INDICE IZQUIERDO Y FIRMA** (en caso de no poder trasladarse a nuestras instalaciones plasmar la huella y firma en una hoja en blanco o solicitar en Recepción de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad el formato de Caratula Informativa)
7. **En caso de reposición REALIZAR PAGO DE \$25.00** (veinticinco pesos 00/100) en el área de recepción de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad

Si el trámite se realizó en otro estado de la Republica, deberá presentar la credencial anterior por cambio de domicilio, en caso de no contar con ella, presentar documento oficial que ampare el extravió.

En caso que el solicitante no pueda acudir personalmente a realizar el trámite, deberá de hacerse mediante familiar directo y/o tutor, no por medio de gestores o persona ajena al familiar.

El horario de atención para el trámite de la Credencial Nacional para personas con Discapacidad en la oficina de Padrón Estatal y Credencialización es de **8:00 a 14:00 horas de lunes a viernes.**



## DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

### EL FORMATO MEDICO DEBERA CONTENER LA SIGUIENTE INFORMACION:

- a) **Especificar diagnóstico y que existe una discapacidad permanente de tipo: Neuromotora, Visual, Auditiva, Psicosocial o Intelectual.**
- b) **Nombre, cedula profesional y firma del médico que expide el certificado (no medico pasante).**
- c) **Membrete y sello de la institución que expide el certificado.**
- d) **Ser expedido por una Institución de Salud Pública del servicio médico al que el solicitante se encuentre afiliado (IMSS, SEGURO POPULAR, ISSSTE, ISSSTESON, CRIT, CREE, CIDEN o CISAME).**
- e) **Vigencia del formato (máximo 6 meses).**
- f) El nombre, domicilio y edad de la persona con discapacidad.
- g) Valoración del porcentaje de la discapacidad.
- h) Ortesis, prótesis o ayudas técnicas necesarias para el pleno desarrollo de la persona con discapacidad.
- i) **No se aceptan formatos médicos expedidos por:** Consultorios Particulares, FARMACIAS SIMI, G.I, BENAVIDES, CRUZ ROJA o cualquier otra que no pertenezca al sector de salud pública.
- j) En el caso de los solicitantes que acuden a los CAM o CAMES, CISAME se tomara como formato medico el dictamen del médico especialista en la atención del solicitante.
- k) **El formato médico debe ser expedido por un especialista.**