

Folio: 0075

A QUIEN CORRESPONDA.

El que suscribe, **Dr. Salomón Pérez Morales** actualmente Coordinador del Centro de Salud Urbano No. 1 "Analco" en la Heroica Puebla de Zaragoza y legalmente autorizado para ejercer su profesión con Cédula Profesional de la DGP No. 3766944 por medio del presente hace constar que el/la C.:

Feliciano Muñoz Espinosa.

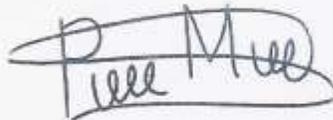
De 48 años de edad, con domicilio en Calle 57 Sur #144 Colonia Reforma Sur C.P. 72160; Puebla, Puebla. Quien al finalizar exploración clínica y después de haber valorado documentación y sujeto al dictamen presentado, se concluye:

**Paciente masculino Dx: Hipoacusia profunda bilateral CIE10/H90.3
Cortipatia mixta**

Discapacidad auditiva permanente

Por lo que no hay inconveniente alguno, en extender el presente **Certificado de discapacidad**, en la cuatro veces Heroica Puebla de Zaragoza, al día seis del mes de enero del año Dos Mil veintidós.

**ATENTAMENTE
"SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN"**



**DR. SALOMÓN PÉREZ MORALES
COORDINADOR
CENTRO DE SALUD No.1 "ANALCO"**



**S.S.A.
SERVICIOS DE SALUD
DEL ESTADO DE PUEBLA
JURISDICCIÓN SANITARIA Nº 6
CENTRO DE SALUD No. 1
"ANALCO"**

Certificado de Discapacidad

Centro de Rehabilitación: Y Educación Especial

Folio: 334

No. de Expediente: 1474-18

Fecha de Expedición: 30/11/2021

Ficha de Identificación



Nombre: FELICIANO MUÑOZ ESPINOSA Lada y Teléfono: 2222496059
 CURP: MUEF731028HPLXSL04 Edad: 48 Sexo: Masculino
 Fecha de Nacimiento: 28/10/1973 Situación Conyugal: Unión Libre Nacionalidad: Mexicano (a)
 Entidad de Nacimiento: Puebla Servicios de Salud: IMSS
 Nombre del Padre o Tutor: _____

Domicilio de la Persona con Discapacidad

Tipo de Vialidad: Calle Vialidad: 57 Sur
 Número Exterior: 144 Número Interior: _____
 Colonia: Reforma Sur C.P.: 72160
 Municipio: Puebla Entidad: Puebla

Funcionamiento y Discapacidad

Marco conceptual basado en la etiología (Incluir código alfanumérico). Si hay más de una afección diagnóstica debe seleccionar la que considere causante de mayor limitación y/o restricción.

Clave CIE10: H90.3 Diagnóstico CIE10: Cortipatía Mixta

Diagnóstico ampliado: Hipoacusia profunda bilateral

FUNCIONES Y ESTRUCTURAS CORPORALES

Siguiendo el diagnóstico CIE10 seleccione las funciones corporales afectadas. Puede seleccionar más de una

| FUNCIONES CORPORALES (b) | Deficiencia Detectada Tal como una desviación significativa o una pérdida |
|---|--|
| | ESPECIFICAR Funciones fisiológicas incluyendo las psicológicas |
| <input type="checkbox"/> Mentales <input checked="" type="checkbox"/> Sensoriales y del dolor <input type="checkbox"/> La voz y el habla <input type="checkbox"/> Sistema cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio <input type="checkbox"/> Sistema digestivo, metabólico y endócrino <input type="checkbox"/> Genitourinarias y reproductoras <input type="checkbox"/> Neuromuculoesqueléticas y del movimiento <input type="checkbox"/> Piel y estructuras relacionadas | Grado de Deficiencia: <u>Moderada</u> |

Siguiendo el diagnóstico CIE10 seleccione las estructuras corporales afectadas. Puede seleccionar más de una

| ESTRUCTURAS CORPORALES (s) | Deficiencia Detectada Tal como una desviación significativa o una pérdida |
|--|---|
| | ESPECIFICAR Partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes |
| <input type="checkbox"/> Sistema nervioso <input checked="" type="checkbox"/> Ojo, oído y estructuras relacionadas <input type="checkbox"/> Involucradas en la voz y el habla <input type="checkbox"/> Sistema cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio <input type="checkbox"/> Sistema digestivo, metabólico y endócrino <input type="checkbox"/> Genitourinarias y reproductoras <input type="checkbox"/> Relacionados con el movimiento <input type="checkbox"/> Piel y estructuras relacionadas | Grado de Deficiencia: <u>Moderada</u> |

LIMITACIÓN EN ACTIVIDAD / RESTRICCIÓN EN PARTICIPACIÓN (d)

Siguiendo las deficiencias detectadas, seleccione las actividades y/o participación comprometidas. Puede seleccionar más de una

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> APRENDIZAJE Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO. | <input type="checkbox"/> VIDA DOMÉSTICA |
| <input type="checkbox"/> TAREAS Y DEMANDAS GENERALES. | <input type="checkbox"/> INTERACCION Y RELACIONES INTERPERSONALES |
| <input checked="" type="checkbox"/> COMUNICACIÓN . | <input type="checkbox"/> AREAS PRINCIPALES DE LA VIDA |
| <input type="checkbox"/> MOVILIDAD. | <input type="checkbox"/> VIDA COMUNITARIA, SOCIAL Y CIVICA |
| <input type="checkbox"/> AUTOCUIDADO. | <input type="checkbox"/> NINGUNA |

Con base en la actividad/participación afectada que considere mayor causante de limitación/restricción, califique la dificultad experimentada teniendo en cuenta cómo se realiza generalmente la actividad (considerando dispositivos o ayuda personal).

Cuánta dificultad ha tenido: Moderado Esta dificultad se debe a: Mayor esfuerzo

Componentes de Factores Contextuales (e)

Actualmente se dedica a: Actividades económicamente remuneradas Sabe leer y escribir: _____

Estudia en: OSC o ONG Grado máximo de estudios: Carrera Técnica

Tipo de Vivienda: Casa Propia Principal medio de transporte: Transporte público

Servicios: Agua Electricidad Drenaje Gas Teléfono

Ayudas Funcionales

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prótesis de miembro superior | <input checked="" type="checkbox"/> Auxiliar auditivo |
| <input type="checkbox"/> Prótesis de miembro inferior | <input type="checkbox"/> Auxiliar visual |
| <input type="checkbox"/> Órtesis de miembro superior | <input type="checkbox"/> Equipos de escritura braille |
| <input type="checkbox"/> Órtesis de miembro inferior | <input type="checkbox"/> Bastón blanco |
| <input type="checkbox"/> Órtesis de columna | <input type="checkbox"/> Perro guía |
| <input type="checkbox"/> Cojines / colchones antiescaras | <input type="checkbox"/> Tableros de comunicación |
| <input type="checkbox"/> Sillas de ruedas | <input type="checkbox"/> Equipos / Programas informaticos |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar para la marcha | <input type="checkbox"/> Oxígeno complementario |

En el caso de ayudas funcionales, equipos, programas informáticos y recomendaciones no descritas previamente, favor de especificar:

Persona con Discapacidad: Auditiva

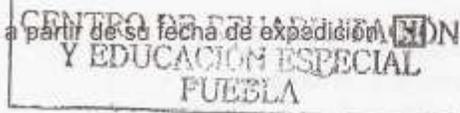
En caso de discapacidad múltiple, desglosar áreas del funcionamiento comprometidas (auditiva, visual, intelectual, psicosocial, neuromotora):

Causa de la Deficiencia: Enfermedad Grado de Limitación Funcional: 25-49 % Moderada

2413737
Cédula Profesional

Virginia López-López
Nombre y Firma del Médico

Este Certificado tiene una vigencia de tres años a partir de su fecha de expedición



NOMBRE Y NÚMERO DE EXPEDIENTE

FELICIANO MUÑOZ ESPINOSA
1474-21

EDAD 48a

SEXO M

EXAMINADOR

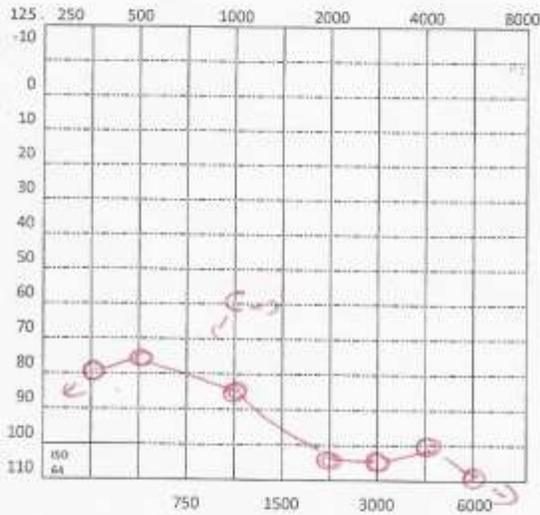
DRA. VIRGINIA LÓPEZ LÓPEZ
CÉD. PROF. 2413737

FECHA

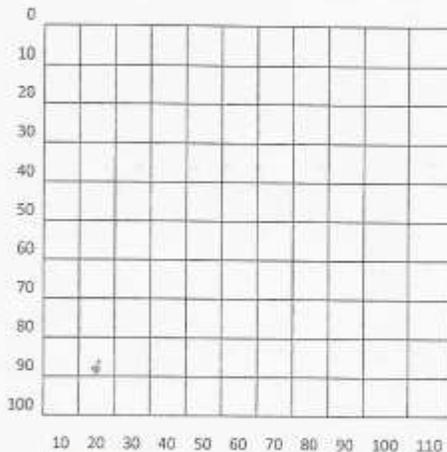
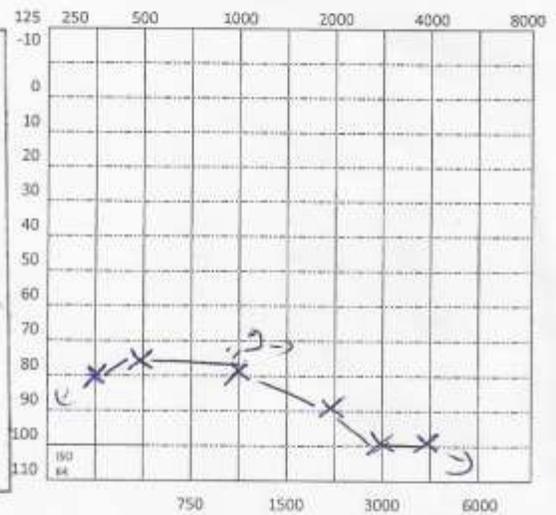
30.11.2021

| EQUIPO | MÉTODO | NIVEL DE RUIDO | TIEMPO | ENMASCARADOR |
|------------------|--------|-----------------|--------|--------------|
| VIA AEREA OD. | OI. | VIA OSEA OD. | OI. | B R M |

OIDO DERECHO

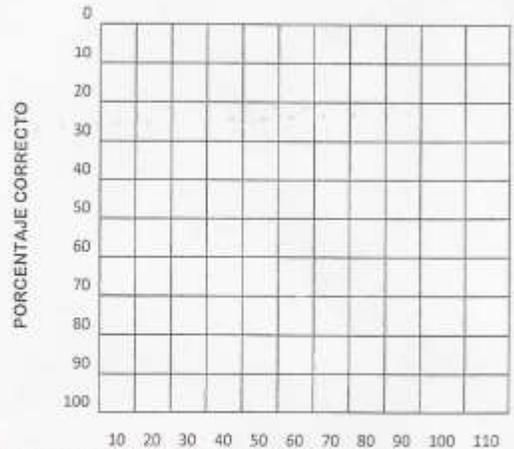


OIDO IZQUIERDO



LOGOAUDIOMETRÍA

- VOZ VIVA
- VOZ GRABADA
- BISILÁBICOS
- MONOSILÁBICOS
- FRASES
- NÚMEROS



INTERPRETACION Hipoacusia profunda derecha tipo sensorineural.
Hipoacusia profunda izquierda tipo sensorineural.

favor de adantar AAE para cada oído

ADAPTACION DE AUXILIAR AUDITIVO



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
CREDENCIAL NACIONAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

FOUO:
1012294

NOMBRE:
FELICIANO MUÑOZ
ESPINOSA



DIRECCIÓN:
57 SUR 4444 REFORMA SUR LA LIBERTAD C.P. 70100
PUEBLA, PUEBLA

CURP: 1984 02045505 04 V 01 0002

DISCAPACIDAD PERMANENTE
AUDITIVA


MARIA DEL ROCIO GARCIA PEREZ
SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL
SECRETARÍA DE ESTADOS
SNDIF



SALUD

EN CASO DE ACCIDENTE FAVOR DE AVISAR A:

NOMBRE:
ALFONSO MUÑOZ TAPIA

DOMICILIO:
**57 SUR 144 COL. REFORMA SUR,
PUEBLA, PUE.**

TELÉFONO:
2224551365



FRMA DEL ACREDITADO

ESTA ENDUENSA DE INMEDIACIÓN Y NO SE PUEDE USAR SIN PRESENCIA DE UNO DE LOS

