

FORMATO DE INFORMACION COMPLEMENTARIA PARA CAPTURA DE CREDENCIAL
NACIONAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD
CID - DIF SONORA

Anexar
Fotografía
Tamaño
Credencial
a color

FOLIO DE CREDENCIAL _____

DATOS GENERALES

Muestra Sin Valor

NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____ C.P. _____

MUNICIPIO: _____ TELEFONO _____

CAUSA LA DISCAPACIDAD: ENFERMEDAD _____ ACCIDENTE _____ NACIMIENTO _____

INICIO DE LA DISCAPACIDAD: DIA _____ MES _____ AÑO _____

DERECHOHABIENCIA

SSA _____ ISSSTE _____ ISSSTESON _____ SEG. POPULAR _____ IMSS _____ IMSS-SOLIDARIDAD _____
INST. PRIVADA _____ OTRA _____ NINGUNA _____

SERVICIOS DE REHABILITACION RECIBIDOS A LA FECHA

MEDICO ESPECIALISTA _____ TERAPIA FISICA _____ TERAPIA OCUPACIONAL _____
TERAPIA DE LENGUAJE _____ ATN. PSIQUIATRICA _____ EDUCACION ESPECIAL _____
ENSEÑANZA A SEÑAS _____ ADAPTACION DE PROTESIS Y ORTESIS _____
APOYO PSICOLOGICO _____ REHABILITACION PROFESIONAL _____ OTRO _____ NINGUNO _____

APOYOS FUNCIONALES QUE USA ACTUALMENTE

PROTESIS DE: EXTREMIDADES SUPERIORES _____ EXTREMIDADES INFERIORES _____
ORTESIS DE: EXTREMIDADES SUPERIORES _____ TRONCO Y CUELLO _____
EXTREMIDADES INFERIORES _____

APOYOS O AYUDA

BASTON _____ SILLA DE RUEDAS _____ MULETA CANADIENSE _____ AUX. AUDITIVO _____ LENTE
AYUDAS TECNICAS _____ ANDADERA _____ MULETA AUXILIAR _____ INTERPRETE _____ NINGUNO
TABLERO DE COMUNICACION _____

DATOS DE REFERENCIA A QUIEN AVISAR EN CASO DE ACCIDENTE

NOMBRE: _____ PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____ MUNICIPIO: _____
TELEFONO: _____

Huella Digital
dedo indice izq.

Nombre o firma del solicitante letra grande y escribirla con plumo

[Empty box for digital fingerprint]

[Empty box for signature]