



Constancia de discapacidad y funcionalidad

Folio: 000037656

A QUIEN CORRESPONDA:

Me permito comunicar que (el/la) **C. DIANA LUZ DIAZ ALMANZA** de sexo **Femenino** con fecha de nacimiento **1979-05-22** con edad de **45 años 11 meses**, CURP **DIAD790522MDFZLN07**

De acuerdo a interrogatorio, examen físico presenta:

Diagnóstico clínico: AMPUTACION DE TERCIO DISTAL DE TERCER DEDO MANO IZQUIERDA

Tipo de discapacidad: Física / Permanente

Limitaciones en la actividad y en la participación:

Limitación	Dificultad
Interacción en la comunidad	Dificultad Moderada
Comunicación	No hay dificultad
Relaciones sociales	Dificultad Ligera
Integración de grupo	Dificultad Ligera
Asistencia personal	Dificultad Moderada
Autonomía personal	Dificultad Moderada
Funciones cognitivas	No hay dificultad
Sexualidad	Dificultad Ligera
Movimiento	Dificultad Moderada
Conducta	No hay dificultad
Destreza y situación	Dificultad Ligera
Uso de la comunidad	Dificultad Moderada

Apoyo que utiliza para mejorar la función:

Deficiencia de origen: Adquirida

Funcionalidad: Alta

Observaciones: NINGUNA

Se extiende la presente Constancia Médica de Discapacidad y Funcionalidad a los **13 días del mes de Octubre del año 2021**, para realizar trámite de: **Apoyo económico - Apoyos Sociales para Personas con Discapacidad - Tarjeta Incluyente**.



Constancia de discapacidad y funcionalidad

Folio: 000037656

Atentamente

Adriana Huerta Luna
Cédula profesional 7933029



El presente documento es de carácter estrictamente médico.
No constituye un peritaje y por lo tanto no tiene validez para fines legales.

Centro de Salud T-II Hortensia , Sacalum Mz.9, Lt.3, Col. Lomas de Padierna, C.P. 14240 Tel. 50381700 Ext.7680