



Constancia de discapacidad y funcionalidad

Folio: 000038159

A QUIEN CORRESPONDA:

Me permito comunicar que (el/la) **C. CARLOS ALEJANDRO VALERIANO FLORES** de sexo **Masculino** con fecha de nacimiento **1977-01-28** con edad de **48 años 4 meses**, CURP **VAFC770128HDFLLR02**

De acuerdo a interrogatorio, examen físico presenta:

Diagnóstico clínico: Amputación de miembro pélvico izquierdo por necrobiosis complicación de D.M. Tipo 2.

Tipo de discapacidad: Física / Permanente

Limitaciones en la actividad y en la participación:

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

Apoyo que utiliza para mejorar la función: Muletas

Deficiencia de origen: Adquirida

Funcionalidad: Media

Observaciones:

Se extiende la presente Constancia Médica de Discapacidad y Funcionalidad a los **16 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: 000038159

Atentamente

Edgar Alonso Márquez Hernández
Cédula profesional 3260063



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-III DR. RAFAEL RAMIREZ SUÁREZ, Av. Montevideo esq.17 de Mayo col. San Bartolo Atepehuacán,
c.p. 07730 5038-1700 EXT. 7041, y 7045