



Constancia de discapacidad y funcionalidad

Folio: 000146912

A QUIEN CORRESPONDA:

Me permito comunicar que (el/la) **C. JORGE MANUEL FAVILA GONZALEZ** de sexo **Masculino** con fecha de nacimiento **1976-07-09** con edad de **49 años 0 meses**, CURP **FAGJ760709HDFVNR02**

De acuerdo a interrogatorio, examen físico presenta:

Diagnóstico clínico: AMAUROSIS OJO DERECHO SECUNDARIA A GLAUCOMA Y DESPRENDIMIENTO DE RETINA POSTRAUMATICAS

Tipo de discapacidad: Visual / Permanente

Limitaciones en la actividad y en la participación:

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

Apoyo que utiliza para mejorar la función: OJO INDENME

Deficiencia de origen: Adquirida

Funcionalidad: Alta

Observaciones: EN TRATAMIENTO EN EL IMSS

Se extiende la presente Constancia Médica de Discapacidad y Funcionalidad a los **28 días del mes de Febrero del año 2023**, para realizar trámite de: **Tarjeta Incluyente**.



Constancia de discapacidad y funcionalidad

Folio: 000146912

Atentamente

Armando López Ortega
Cédula profesional 380382



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. Galo Soberón y Parra, Eje 3 Nte. Camarones 485, Col. Electricistas, C.P. 02060, CDMX. Tel. 5038-1700 Ext. 6129.