



CREDECIAL NACIONAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

NOMBRE _____

DOMICILIO _____ C.P. _____

ESCOLARIDAD _____ TELEFONO _____

CORREO ELECTRONICO _____

EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A _____

PARENTESCO _____ DOMICILIO _____

TELEFONO _____

FECHA DE INICIO DE LA ENFERMEDAD DEL SOLICITANTE

DIA _____ MES _____ AÑO _____

FECHA DE INICIO DE LA DISCAPACIDAD

DIA _____ MES _____ AÑO _____

TRABAJA ACTUALMENTE _____

CUENTA CON SERVICIO MEDICO

SI (), NO () ¿CUAL? _____

¿HAS RECIBIDO SERVICIO DE REHABILITACION? _____

¿USA ORTESIS O PROTESIS? _____ DE QUE TIPO _____

¿UTILIZA APOYO FUNCIONAL O AYUDA FUNCIONAL? _____ DE QUE TIPO _____

AUXILIAR AUDITIVO _____ MULETAS _____ SILLA DE RUEDAS _____

BASTON _____ ANDADOR _____ OTROS _____

¿TIENES VEHICULO PROPIO? _____ ESTA REGISTRADO A SU NOMBRE ANTE
EL PADRON VEHICULAR ? _____