

## DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

### COORDINACIÓN DE DISCAPACIDAD

#### A quien corresponda

Presente.

El que suscribe médico cirujano legalmente autorizado para ejercer con Cedula Profesional Núm. 452030, hace constar que la (el) C. \_\_\_\_\_

Presenta una discapacidad de tipo:

- Neuromotora
- Auditiva
- Muscoesquelética
- Visual

De grado:  Leve  Moderado  Grave

Causado por:  Enfermedad  Congénita  
 Hereditaria  Accidente  
 Violencia  Otra

Con inicio de su enfermedad desde: \_\_\_\_\_,  
Determinándose la discapacidad desde: \_\_\_\_\_ con  
diagnostico actual de: \_\_\_\_\_

Amerita uso de Ortesis ( ) Prótesis ( )

#### ESPECIFICAR

Para uso de tipo \_\_\_\_\_ se extiende la presente a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, en la ciudad de Tenosique de Pino Suarez, Tabasco.

Atentamente:

\_\_\_\_\_