



## FORMATO ENTREGA RECEPCION DE CREDENCIAL DE DISCAPACIDAD

LUGAR	FECHA

NOMBRE	SEXO	EDAD
CURP	DOMICILIO	TELEFONO

### FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD

DIAGNOSTICO PRINCIPAL \_\_\_\_\_

CODIGO CIE-10 \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE DE EXPEDICION DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

\_\_\_\_\_

NUMERO DE CEDULA PROFESIONAL \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DE RECIBIDO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL TRAMITE \_\_\_\_\_