



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 _____