



DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

SOLICITUD DE EXPEDICIÓN DE CREDENCIAL NACIONAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

FECHA CAPTURA: _____

Anexar fotografía a color, sin lentes, cara descubierta y que sea reciente.

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

NOMBRE(S) Y APELLIDOS: _____
 SEXO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ CURP: _____
 LUGAR DE NACIMIENTO: _____ NACIONALIDAD: _____
 CAUSA DE DISCAPACIDAD: HEREDITARIO VIOLENCIA CONGÉNITA ACCIDENTE
 ENFERMEDAD SE IGNORA OTRA

LUGAR DE RESIDENCIA

MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____ COLONIA: _____ C.P.: _____
 CALLE: _____ NÚMERO EXTERIOR: _____ NÚMERO INTERIOR: _____
 TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

ESCOLARIDAD

NIVEL: _____
 ¿SABE LEER?: SI NO

DERECHOHABIENCIA

S.S.A ISSSTE Seguro popular
 DIF IMSS IMSS- Solidaridad
 SDN PEMEX Se ignora
 SM Privada Otra
 Ninguna

SITUACIÓN LABORAL

Trabaja Desempleado
 Pensionado Jubilado
 Menor de edad Otro

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN RECIBIDOS A LA FECHA

MÉDICO ESPECIALISTA TERAPIA FÍSICA TERAPIA OCUPACIONAL TERAPIA DE LENGUAJE ATN. PSIQUIÁTRICA EDUCACIÓN ESPECIAL
 ENSEÑANZA A SEÑAS ADAPTACIÓN DE PRÓTESIS Y ORTESIS APOYO PSICOLÓGICO REHABILITACIÓN PROFESIONAL OTRO

APOYOS FUNCIONALES QUE OCUPA ACTUALMENTE

PRÓTESIS DE: EXTREMIDADES SUPERIORES EXTREMIDADES INFERIORES
 ORTESIS DE: EXTREMIDADES SUPERIORES EXTREMIDADES INFERIORES TRONCO Y CUELLO

APOYOS O AYUDAS

BASTÓN SILLA DE RUEDAS MULETA CANADIENSE AYUDAS TÉCNICAS ANDADERA MULETA AUXILIAR
 LENTES AUX. AUDITIVO INTERPRETE TABLERO DE COMUNICACIÓN

EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A

NOMBRE(S) Y APELLIDOS _____ PARENTESCO: _____
 DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____

Huella dedo índice izquierdo

Nombre o firma del solicitante letra grande, centrada y escribirla con plumón



**GOBIERNO
DE SONORA**
SISTEMA PARA EL
**DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA DEL
ESTADO DE SONORA**



DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

**SOLICITUD DE EXPEDICIÓN DE CREDENCIAL NACIONAL
PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD**