



PERÚ Ministerio de Salud

Certificado de Discapacidad

Aplicación de la ley N° 29973

Establecimiento de Salud		Nro.: 00240981	
Salazar, Gutierrez, Polinario		00004195 - TALAVERA	
I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES			
Salazar, Gutierrez, Polinario			
SEXO	EDAD	N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
Masculino	Años Meses 58 0	31157100	DNI 31157100 Carnet extranjeria
¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?			No

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO	CIE	III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CIE
Paraplejia, no especificada	G822	Otros traumatismos y los no especificados de la médula espinal torácica	S241

IV. DISCAPACIDAD			
De La Conducta	1	0 Sin limitación	
De La Comunicación	1	1 Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda	
Del Cuidado Personal	2	2 Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayuda	
De La Locomocion	5	3 Requiere además de asistencia momentánea de otra persona	
De La Disposicion Corporal	3	4 Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo	
De La Destreza	3	5 Actividad imposible de llevar a cabo sin el apoyo de una persona, la cual requiere además de un dispositivo o ayuda que le permita asistir.	
De Situacion	5	6 La actividad no se puede realizar o mantener aún con asistencia personal	

V. GRAVEDAD			
Sin Discapacidad		0 Si el código es 0, la persona no tiene discapacidad	
Discapacidad Leve		1 Si el código es 1, la persona tiene discapacidad leve	
Discapacidad Moderada		2-3 Si el (los) código(s) son 2 ó 3, la persona tiene discapacidad moderada	
Discapacidad Severa	x	4-6 Si el (los) código(s) son 4, 5 ó 6, en al menos una categoria de discapacidad, por criterio de favorabilidad la persona tiene discapacidad severa	

VI. REQUERIMIENTO DE PRODUCTOS DE APOYO: AYUDAS TÉCNICAS, BIOMECÁNICAS Y PERSONALES

De apoyo

Para terapia y Mantenimiento médico esenciales y de uso permanente

Otros productos de apoyo

Para marcha y transporte

Para comunicación, información y señalización

Personales

Para asearse, vestirse, cocinar y comer

Para efectos estéticos o cosméticos

Dependencia de otra persona

No requiere

No requiere

VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

- % ¿Es diferido?: Si

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

Este documento tiene una vigencia de **60 meses** desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN	HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO
INCA GARCILAZO DE LA VEGA S/N TALAVERA Apurímac - Andahuaylas - Talavera	13 de Febrero de 2020



APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA	N° CMP	N° RNE
ZORRILLA CHACON, ERIKSON	67367	

-- 300 -- 70 2
47

13/2/2020

Certificado de Discapacidad: 00240981

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO QUE CERTIFICA	FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE SERVICIO O DEPARTAMENTO	FIRMA Y SELLO DEL JEFE O DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO
 Erikson Zorrilla Chacon MEDICO CIRUJANO CMP: 67367	 Erikson Zorrilla Chacon MEDICO CIRUJANO CMP: 67367 	 Lic. Z. Rojas Fernandez COP. 79613 

¿Desea Ud. que la información contenida en su Certificado de Discapacidad sea compartida con otros sectores? (CONADIS, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Ministerio de Educación y Ministerio de Trabajo) Si