



**H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
2013 - 2015
*Trabajando juntos***



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

A través del presente, hago constar que el (la) C. _____
_____ de sexo _____ y de _____ años de edad,
cuyo domicilio se encuentra ubicado en: _____

Presenta una discapacidad de tipo:

- ❖ Neuromotora
- ❖ Auditiva
- ❖ Musculoesquelética
- ❖ Visual

- ❖ Intelectual
- ❖ Múltiple
- ❖ Otra

De grado:

- ❖ Leve
- ❖ Moderado
- ❖ Grave

Causada por:

- ❖ Enfermedad
- ❖ Hereditaria
- ❖ Violencia

- ❖ Congénita
- ❖ Accidente
- ❖ Otra

Con inicio de su enfermedad, desde _____
Determinándose la discapacidad, desde _____
Diagnóstico actual _____

A petición del interesado (a) y para los fines legales y uso que le convengan, se
extiende el presente certificado a los _____ días del mes de _____
del año dos mil quince, en la ciudad de H. Cárdenas, Tabasco.

A t e n t a m e n t e

Dra. María Teresa Velueta Bailón
Ced. Profesional: 2160743