



Constancia de discapacidad y funcionalidad

Folio: 000037545

A QUIEN CORRESPONDA:

Me permito comunicar que (el/la) **C. JOSE ANTONIO GOMEZ BRITO** de sexo **Masculino** con fecha de nacimiento **1973-10-18** con edad de **51 años 7 meses**, CURP **GOBA731018HDFMRN02**

De acuerdo a interrogatorio, examen físico presenta:

Diagnóstico clínico: ARTROSIS DE TOBILLO IZQUIERDO

Tipo de discapacidad: Física / Permanente

Limitaciones en la actividad y en la participación:

Limitación	Dificultad
Interacción en la comunidad	Dificultad Ligera
Comunicación	No hay dificultad
Relaciones sociales	No hay dificultad
Integración de grupo	No hay dificultad
Asistencia personal	No hay dificultad
Autonomía personal	No hay dificultad
Funciones cognitivas	No hay dificultad
Sexualidad	No hay dificultad
Movimiento	Dificultad Ligera
Conducta	No hay dificultad
Destreza y situación	Dificultad Ligera
Uso de la comunidad	No hay dificultad

Apoyo que utiliza para mejorar la función: NADA

Deficiencia de origen: Adquirida

Funcionalidad: Alta

Observaciones:

Se extiende la presente Constancia Médica de Discapacidad y Funcionalidad a los **13 días del mes de Octubre del año 2021**, para realizar trámite de: **Apoyo económico - Tarjeta Incluyente**.



Constancia de discapacidad y funcionalidad

Folio: 000037545

Atentamente

Martha Mendoza Faustinos
Cédula profesional 1537180



El presente documento es de carácter estrictamente médico.
No constituye un peritaje y por lo tanto no tiene validez para fines legales.

Centro de Salud T-III Dr. Domingo Orvañanos, Calle Comonfort No. 34, Esq. Libertad, Col. Ampliación Morelos, C.P.06010,
CDMX. 50381700 Ext. 6530 y 6532