



GOBIERNO DEL
ESTADO DE
TABASCO



DIF
Desarrollo Integral de la Familia

DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

COORDINACIÓN DE DISCAPACIDAD

A quien corresponda

Presente.

El que suscribe médico cirujano legalmente autorizado para ejercer con Cedula Profesional
Núm. 452030, hace constar que la (el)
C. _____

Presenta una discapacidad de tipo:

- Neuromotora
- Auditiva
- Muscoesquelética
- Visual

De grado: Leve Moderado Grave

Causado por: Enfermedad Congénita
 Hereditaria Accidente
 Violencia Otra

Con inicio de su enfermedad desde: _____,
Determinándose la discapacidad desde: _____ con
diagnostico actual de: _____

Amerita uso de Ortesis () Prótesis ()

ESPECIFICAR

Para uso de tipo _____ se extiende la presente a los _____ días
del mes de _____ del año _____, en la ciudad de Tenosique de Pino
Suarez, Tabasco.

Atentamente:

Dra. Mirtha Aguilera Ramos

