

Gobierno del Estado de Puebla

Secretaría de Gobernación

Orden Jurídico Poblano

Lineamientos para otorgar la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad (CRENAPED) para el Ejercicio Fiscal 2023



REFORMAS

Publicación

Extracto del texto

28/sep/2023 ACUERDO de la Junta de Gobierno del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla, tomado en su Primera Sesión Ordinaria, celebrada con fecha 31 de marzo de 2023, por el que aprueba los Lineamientos para otorgar la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad (CRENAPED) para el Ejercicio Fiscal 2023.

CONTENIDO

| | |
|---|----|
| LINEAMIENTOS PARA OTORGAR LA CREDENCIAL NACIONAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD (CRENAPE), PARA EL EJERCICIO 2023 | 3 |
| LINEAMIENTOS PARA OTORGAR LA CREDENCIAL NACIONAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD (CRENAPE) PARA EL EJERCICIO FISCAL 2023 | 3 |
| I. DISPOSICIONES GENERALES | 3 |
| PRIMERO | 3 |
| SEGUNDO | 3 |
| II. DE LA POBLACIÓN OBJETIVO COBERTURA Y CARACTERÍSTICAS DEL APOYO | 4 |
| TERCERO | 4 |
| CUARTO | 4 |
| QUINTO | 5 |
| III. MECÁNICA DE OPERACIÓN | 5 |
| SEXTO | 5 |
| SÉPTIMO | 6 |
| IV. JORNADAS DE CREDENCIALIZACIÓN | 7 |
| OCTAVO | 7 |
| NOVENO | 7 |
| DÉCIMO | 7 |
| DÉCIMO PRIMERO | 8 |
| DÉCIMO SEGUNDO | 8 |
| V. INSTANCIAS PARTICIPANTES | 9 |
| DÉCIMO TERCERO | 9 |
| DÉCIMO CUARTO | 9 |
| DÉCIMO QUINTO | 9 |
| VI. TRANSPARENCIA | 9 |
| DÉCIMO SEXTO | 9 |
| DÉCIMO SÉPTIMO | 9 |
| ANEXOS | 10 |
| TRANSITORIOS | 11 |
| ANEXO 1.- Certificado de Discapacidad Permanente | 12 |
| ANEXO 2.- FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO | 14 |

LINEAMIENTOS PARA OTORGAR LA CREDENCIAL NACIONAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD (CRENAPED), PARA EL EJERCICIO 2023

HOJA DE IDENTIFICACIÓN

| Elaboró | Validó | Autorizó |
|--|--|---|
| C. JOSÉ MIGUEL CASTILLO SÁNCHEZ DIRECTOR DE INCLUSIÓN Y REHABILITACIÓN SOCIAL Rúbrica. | C. JOSÉ MIGUEL CASTILLO SÁNCHEZ DIRECTOR DE INCLUSIÓN Y REHABILITACIÓN SOCIAL Rúbrica. | C. JESÚS ALEJANDRO CORTES CARRASCO TITULAR DE LA UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD Rúbrica. |

LINEAMIENTOS PARA OTORGAR LA CREDENCIAL NACIONAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD (CRENAPED) PARA EL EJERCICIO FISCAL 2023

I. DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERO

Los presentes Lineamientos tienen por objeto:

- I. Regular el procedimiento para otorgar una identificación que favorezca la inclusión a la sociedad y respalde la condición de las personas con discapacidad, con la finalidad de acceder a beneficios en el pago de bienes y servicios, de acuerdo a convenios establecidos en cada uno de los Estados.
- II. Contar con un padrón de datos confiable, para conocer las características de la población con discapacidad en cuanto a: sexo, edad, estado civil, escolaridad, situación laboral, entre otras.
- III. Promover la cultura sobre los derechos, así como de una vida digna de las personas con discapacidad.

SEGUNDO

Para los efectos de los presentes lineamientos se entenderá por:

I. Beneficiarios: Aquellas personas que forman parte de la población atendida, que cumplen con los requisitos de la normatividad correspondiente y resultan favorecidas con el servicio otorgado.

II. Credencial. A la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad.

III. Discapacidad: Toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

IV. Padrón: Relación oficial de beneficiarios a quienes se les otorgó la Credencial.

V. Expediente de Atención Temprana por pérdida o Extravío de Documentos. Documento mediante el cual, la fiscalía general del Estado certifica que la(s) persona(s) física(s) o morales se presentan en forma voluntaria ante la autoridad, para mencionar la pérdida o extravío de documentos, objetos electrónicos, hechos que se establecen en el documento y no son prejuizados, es decir, no se abre línea de investigación.

II. DE LA POBLACIÓN OBJETIVO COBERTURA Y CARACTERÍSTICAS DEL APOYO

TERCERO

La población beneficiaria serán las personas con algún tipo de discapacidad auditiva, intelectual, neuromotora, visual o psicosocial.

CUARTO

Los beneficiarios del apoyo serán las personas que cumplan con las siguientes condiciones:

I. A las personas que cuenten con algún tipo de discapacidad permanente o limitación severa de la función y que la acrediten con el Certificado de Discapacidad Permanente, formato autorizado por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (Anexo 1).

II. A las personas a partir de 0 años de edad, en adelante.

III. A las personas que acrediten radicar en el estado de Puebla

IV. Presentar la documentación completa en copia y original para cotejo de la documentación requerida en el Módulo de Credencial Nacional para Personas con Discapacidad

QUINTO

La expedición de la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad tiene cobertura en los 217 Municipios del Estado de Puebla, donde residen personas que cuenten con algún tipo de discapacidad permanente o limitación severa de la función y que cumplan con los requisitos del Numeral Sexto de los presentes Lineamientos. El otorgamiento de la Credencial es gratuito y se otorga a través de los diferentes Módulos que se encuentran ubicados en los domicilios que se señalan en el numeral Séptimo de los presentes Lineamientos. Para la atención en los Municipios y comunidades del Estado de Puebla, se brindan a través de Jornadas de Credencialización en coordinación con los Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia.

III. MECÁNICA DE OPERACIÓN

SEXTO

Los requisitos que deben cumplir los beneficiarios para tramitar la credencial son:

I. Original del Certificado de Discapacidad Permanente de conformidad al formato autorizado por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (Anexo 1), mismos que serán expedidos por los médicos de las Unidades Urbanas, de los Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de las Familias autorizados, por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla, Centro de Rehabilitación y Educación Especial o Centro Municipal de Equinoterapia y Rehabilitación Integral el cual deberá de estar firmado y sellado por Médico Especialista, de acuerdo al tipo de discapacidad; o Médico general certificado por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y sellado por el municipio. Este mismo quedará a resguardo en cualquiera de los Módulo en los que se realice el trámite, como parte integral del Expediente del Beneficiario.

II. Copia de Acta de nacimiento del solicitante.

III. Copia de CURP del solicitante.

IV. Copia de Comprobante de Domicilio no mayor a 2 meses de vencimiento.

V. En caso de ser menor de edad, copia de INE del padre o tutor.

VI. En caso de reposición por robo o extravío de la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad a renovar, deberá de

presentar el formato original del “Expediente de Atención Temprana por pérdida o Extravío de Documentos”.

VII. En caso de reposición por vencimiento o cambio de datos, se deberán presentar los requisitos anteriormente señalados y entregar la Credencial vencida.

SÉPTIMO

Las personas beneficiarias deberán realizar el trámite de manera personal y bajo la modalidad presencial y podrán acudir a cualquiera de los Módulos de la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad que se encuentran ubicados en:

I. Las Oficinas que ocupa el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla en Calle 5 de Mayo No. 1606 Colonia Centro, Puebla, Puebla, C.P. 72000, de lunes a viernes en un horario de 9:00 a 18:00 horas, con todos los requisitos antes señalados.

II. Centro de Rehabilitación y Educación Especial Puebla, en Carretera a la Calera S/N. Colonia Lomas de San Miguel, Puebla, Puebla C.P. 72573, de lunes a viernes en un horario de 8:00 a 16:00 horas con todos los requisitos antes señalados.

III. Entregar la Documentación al personal Encargado del Módulo, quien revisará que la documentación sea correcta y se encuentra completa.

IV. Una vez validada la documentación por el Encargado del Módulo, se dará inicio al trámite.

V. Se realizará la captura de los datos personales del Beneficiario; así como toma de la Fotografía, mismos que serán cargados en la Plataforma de la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad.

VI. Se procederá al llenado del Formulario de consentimiento expreso del titular para el tratamiento de datos personales sensibles (ANEXO 2).

VII. El Encargado del Módulo procederá a la impresión de la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad.

VIII. El Encargado del Módulo hará entrega de la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad a la persona beneficiada, la que tendrá una vigencia de cinco años, a partir de su expedición.

IX. El plazo máximo de respuesta para la expedición de la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad es de 30 minutos.

En caso de que falte algún requisito, los documentos sean ilegibles o tengan errores, la o el Encargado del Módulo de la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad, en ese momento informará al potencial beneficiario para que lo solvente, de no atender la prevención el Encargado del Módulo de la Credencial Nacional para personas con Discapacidad, dará por abandonada la solicitud. La prestación de los servicios se ajustará a los requisitos establecidos en los presentes Lineamientos, asimismo se le pedirá al posible beneficiario que firme de conocimiento la observación planteada, en el documento observado, previsto en los requisitos, y el término que tiene para subsanarlo, de no cumplir con el plazo se archivará. De igual forma, en todo supuesto, de no querer firmar de conocimiento de la observación planteada, se precisará que no quiso firmar y se procederá a archivar después del término de 24 horas, a partir de esta notificación.

IV. JORNADAS DE CREDENCIALIZACIÓN

OCTAVO

El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla, realizará Jornadas de Credencialización, con la finalidad de poder llegar a todos los municipios y comunidades del Estado de Puebla.

NOVENO

El Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia deberá realizar oficio dirigido a la Dirección General, solicitando la Jornada de Credencialización y explicando sus necesidades; incluyendo:

- I. Cobertura geográfica de la Jornada de Credencialización, en el que deberá describir área o listar colonias, barrios, entre otros, y
- II. Padrón de la Población Objetivo Beneficiada o estimación de la Población Objetivo que se espera atender y descripción por tipo de discapacidad.

DÉCIMO

El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla en coordinación con el Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia, para la planeación, organización, ejecución y supervisión de las Jornadas de Credencialización procederá conforme a las siguientes:

- I. Se notificará al municipio, el día y hora en que se realizará la jornada.
- II. El Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia deberá brindar el espacio y la logística para realizar la jornada.
- III. Se atenderá únicamente a las personas del padrón de beneficiarios autorizado previamente.
- IV. Se realizará el procedimiento señalado en el numeral SEXTO.

DÉCIMO PRIMERO

Los beneficiarios tendrán los siguientes derechos:

- I. Recibir información de manera clara y oportuna
- II. Recibir de manera directa la Credencial Nacional para personas con Discapacidad
- III. Recibir atención y apoyo para realizar el trámite solicitado.
- IV. Acceder a los beneficios y descuentos de acuerdo a los convenios establecidos en cada uno de los estados de la República Mexicana.
- V. Recibir por parte del personal del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla, un trato digno, respetuoso, equitativo y sin discriminación en los términos de la Ley General para Inclusión de las Personas con Discapacidad.
- VI. La Seguridad sobre la reserva y privacidad de sus datos personales conforme a la Ley de Protección de Datos personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla.
- VII. Realizar el trámite de la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad, en el Módulo de su preferencia.

DÉCIMO SEGUNDO

Las obligaciones que tendrán los beneficiarios serán las siguientes:

- I. Presentar la documentación conforme a lo establecido en los presentes Lineamientos.
- II. Dirigirse con total respeto hacia el servidor público, de lo contrario, tendrá que retirarse de las instalaciones y su trámite será dado por concluido.
- III. Verificar que los datos impresos en la credencial estén correctos o solicitar su modificación en caso de que existiera un error al momento, con el objetivo de que el beneficiario cuente con la certeza de que sus datos sean auténticos y correctos.

V. INSTANCIAS PARTICIPANTES

DÉCIMO TERCERO

La instancia responsable quién tendrá a cargo el trámite de la expedición de la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad será el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla.

DÉCIMO CUARTO

La instancia a cargo de la operación de los Módulos, será la Dirección de Inclusión y Rehabilitación Social del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla, a través del Departamento de Inclusión Social.

Corresponderá a los encargados de cada Módulo el resguardo de los expedientes completos de los beneficiarios, garantizando la confidencialidad y la protección de datos personales que sean recabados, mediante los mecanismos de seguridad física necesarios, que está limitado únicamente para el otorgamiento de la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad, en cumplimiento con las disposiciones en materia de transparencia y acceso a la información pública aplicables.

DÉCIMO QUINTO

La Instancia Ejecutora será la Unidad de Asistencia Social y Salud del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla, a través de la Dirección de Inclusión y Rehabilitación Social.

VI. TRANSPARENCIA

DÉCIMO SEXTO

De conformidad con lo establecido en la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y demás disposiciones jurídicas aplicables, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla, divulgará los presentes Lineamientos en la página electrónica <http://difestatal.puebla.gob.mx/>, así como a través de los demás medios que considere pertinentes.

DÉCIMO SÉPTIMO

La Dirección de Inclusión y Rehabilitación Social realizará la promoción y divulgación de las acciones de la Credencialización

Nacional para las Personas con Discapacidad, utilizando lenguaje incluyente y dando a conocer las acciones a realizar, las Personas con Discapacidad beneficiarias y los resultados cuantitativos y cualitativos obtenidos.

ANEXOS

El Formato empleado para este trámite como Anexo 1, se encuentra sujeto a cambio conforme a la normatividad del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y es de uso exclusivo para la gestión establecida en estos Lineamientos.

TRANSITORIOS



(Del ACUERDO de la Junta de Gobierno del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla, tomado en su Primera Sesión Ordinaria, celebrada con fecha 31 de marzo de 2023, por el que aprueba los Lineamientos para otorgar la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad (CRENAPED) para el Ejercicio Fiscal 2023; publicado en el Periódico Oficial del Estado, el jueves 28 de septiembre de 2023, Número 20, Tercera Sección, Tomo DLXXXI).

PRIMERO. Los presentes Lineamientos, entrarán en vigor a partir de su publicación en el Periódico Oficial del Estado.

SEGUNDO. Se dejan sin efectos las Reglas de Operación del Programa “Credencial Nacional para Personas con Discapacidad (CRENAPED) publicadas el 24 de agosto de 2020 y los Lineamientos del PROGRAMA “CRENAPED” publicadas el 9 de julio de 2021, así como todas las disposiciones que se opongan a los presentes Lineamientos.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza, a los veintinueve días del mes de junio del año dos mil veintitrés. El Director de Inclusión y Rehabilitación Social. **C. JOSÉ MIGUEL CASTILLO SÁNCHEZ.** Rúbrica. El Titular de la Unidad de Asistencia Social y Salud. **C. JESÚS ALEJANDRO CORTES CARRASCO.** Rúbrica.

ANEXO 1.- Certificado de Discapacidad Permanente

|   | | CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD | | |
|--|---|------------------------------------|--------------------------------------|--|
| Centro de Rehabilitación: _____ No. de folio: _____ No. de expediente: _____ Fecha de expedición: _____ | | | | |
| FICHA DE IDENTIFICACIÓN | | | | |
| Fotografía de la persona con discapacidad | Nombre: _____ | Edad: _____ | Sexo: _____ | |
| | CURP: _____ | Teléfono de contacto: _____ | | |
| | Entidad de nacimiento: _____ | Estado civil: _____ | | |
| | Hijos: _____ | | Dependientes económicos: _____ | |
| | Usuario de servicios de salud: _____ | | Servicios de salud utilizados: _____ | |
| | Exclusivo para menores de edad o adultos con discapacidad que requieran el apoyo habitual de otra persona. Nombre de tutor/cuidador o facilitador: _____ | | | |
| DOMICILIO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD | | | | |
| Tipo de vía: _____ | | Nombre de vía: _____ | | |
| No. exterior: _____ | | No. interior: _____ | | |
| C.P.: _____ | | Municipio: _____ | | |
| | | Entidad de residencia: _____ | | |
| FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD | | | | |
| CONDICIÓN DE SALUD | | | | |
| Marco conceptual basado en la etiología. Debe incluir código alfanumérico correspondiente a la CIE-10. En caso de presentar más de una afección, el diagnóstico principal corresponderá al causante de mayor limitación y restricción. | | | | |
| Diagnóstico principal: _____ | | Código CIE-10: _____ | | |
| Diagnóstico empleado: _____ | | | | |
| DEFICIENCIAS EN FUNCIONES CORPORALES (b) | | | | |
| Corresponden a desviaciones significativas o pérdida de las funciones fisiológicas, incluyendo las psicológicas. Puede seleccionar más de una. | | | | |
| FUNCIONES CORPORALES | | Grado de deficiencia: _____ | | |
| Títulos de capítulos de la CIF y sus códigos de referencia | | Datos ampliados | | |
| <input type="checkbox"/> | Mentales (pensamiento, memoria, juicio, afecto y cognición) | | | |
| <input type="checkbox"/> | Sensoriales y del dolor (b210-b299) | | | |
| <input type="checkbox"/> | La voz y el habla (b310-b399) | | | |
| <input type="checkbox"/> | Sistema cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio (b410-b499) | | | |
| <input type="checkbox"/> | Sistema digestivo, metabólico y endocrino (b510-b599) | | | |
| <input type="checkbox"/> | Genitourinarias y reproductoras (b610-b699) | | | |
| <input type="checkbox"/> | Neuromusculoesqueléticas y del movimiento (b710-b799) | | | |
| <input type="checkbox"/> | Piel y estructuras relacionadas (b810-b899) | | | |
| DEFICIENCIAS EN ESTRUCTURAS CORPORALES (s) | | | | |
| Corresponden a las desviaciones significativas o pérdidas en partes anatómicas. Puede seleccionar más de una. | | | | |
| ESTRUCTURAS CORPORALES | | Grado de deficiencia: _____ | | |
| Títulos de capítulos de la CIF y sus códigos de referencia | | Datos ampliados | | |
| <input type="checkbox"/> | Sistema nervioso (s110-s199) | | | |
| <input type="checkbox"/> | Ojo, oído y estructuras relacionadas (s210-s299) | | | |
| <input type="checkbox"/> | Involucradas en la voz y el habla (s310-s399) | | | |
| <input type="checkbox"/> | Sistema cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio (s410-s499) | | | |
| <input type="checkbox"/> | Sistema digestivo, metabólico y endocrino (s510-s599) | | | |
| <input type="checkbox"/> | Genitourinarias y reproductoras (s610-s699) | | | |
| <input type="checkbox"/> | Relacionadas con el movimiento (s710-s799) | | | |
| <input type="checkbox"/> | Piel y estructuras relacionadas (s810-s899) | | | |
| ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN | | | | |
| Actividad es la realización de una tarea o acción por una persona. Participación es el acto de involucrarse en una situación vital. | | | | |
| Si la persona es mayor de 18 años, pregunte acerca de las dificultades que tienen debido a sus condiciones de salud (versión administrada por entrevistador de 12 preguntas de WHODAS 2.0). En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para? | | | | |
| S1 | Estar de pie por largos periodos como por ejemplo 30 minutos | - | | |
| S2 | Occuparse de responsabilidades domésticas | - | | |
| S3 | Aprender una nueva tarea, por ejemplo, aprender cómo llegar a un nuevo lugar | - | | |
| S4 | Participar en actividades de su comunidad (por ejemplo, festividades, actividades religiosas o de otro tipo) de la misma forma que cualquier otra persona | - | | |
| S5 | Cuánto ha sido afectado emocionalmente por su condición de salud | - | | |

| | | |
|-----|---|--|
| 56 | Concentrarse en hacer algo durante diez minutos | |
| 57 | Caminar una larga distancia como un kilómetro (o equivalente) | |
| 58 | Lavarse todo el cuerpo (bañarse) | |
| 59 | Vestirse | |
| 510 | Relacionarse con personas que no conoce | |
| 511 | Mantener una amistad | |
| 512 | Llevar a cabo su trabajo o las actividades escolares diarias | |

Esta dificultad con la realización de sus actividades se debe: -

LIMITACIONES EN ACTIVIDAD Y RESTRICCIÓN EN PARTICIPACIÓN (d)
Seleccione las actividades y participación comprometidas. Puede seleccionar más de una.

| ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN <small>Titular de capítulos de la CIF y sus códigos de referencia</small> | Grado de limitación/restricción: |
|--|----------------------------------|
| Aprendizaje y aplicación del conocimiento (d110-d199) | Datos ampliados |
| Tareas y demandas generales (d210-d299) | |
| Comunicación (d310-d399) | |
| Movilidad (d410-d499) | |
| Autocuidado (d510-d599) | |
| Vida doméstica (d610-d699) | |
| Interacciones y relaciones interpersonales (d710-d799) | |
| Áreas principales de la vida (d810-d899) | |
| Vida comunitaria, social y cívica (d910-d999) | |

FACTORES CONTEXTUALES

Grado máximo de estudios: - Ocupación actual: -
 Principal medio de transporte: - Tipo de vivienda: -
 Servicios intradomiciliarios: Agua potable Drenaje Electricidad Gas

AYUDAS FUNCIONALES
Seleccione las ayudas funcionales utilizadas ACTUALMENTE por la persona. Puede seleccionar más de una.

| | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Animales de servicio y asistencia | <input type="checkbox"/> Diálisis/hemodíalisis | <input type="checkbox"/> Prótesis de miembro superior |
| <input type="checkbox"/> Asistencia por otra persona | <input type="checkbox"/> Equipos de escritura Braille | <input type="checkbox"/> Productos para estomas |
| <input type="checkbox"/> Ayudas funcionales auditivas | <input type="checkbox"/> Órtesis de columna | <input type="checkbox"/> Productos cateterismo vesical |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar de la marcha/movimiento | <input type="checkbox"/> Órtesis de miembro inferior | <input type="checkbox"/> Tecnologías de información y comunicación (TIC) |
| <input type="checkbox"/> Ayudas funcionales visuales | <input type="checkbox"/> Órtesis de miembro superior | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas |
| <input type="checkbox"/> Bastón guía | <input type="checkbox"/> Oxígeno suplementario | <input type="checkbox"/> Tableros de comunicación |
| <input type="checkbox"/> Cojín/colchón antiescaras | <input type="checkbox"/> Prótesis de miembro inferior | |

Especificar ayudas funcionales no descritas previamente: -

USO DE MEDICAMENTOS A LARGO PLAZO
Seleccione el grupo de medicamentos NECESARIOS para el funcionamiento de la persona. Puede seleccionar más de uno

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Efecto a nivel gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Efecto a nivel musculoesquelético |
| <input type="checkbox"/> Analgésicos/antiinflamatorios | <input type="checkbox"/> Efecto a nivel metabólico | <input type="checkbox"/> Efecto a nivel sistema nervioso |
| <input type="checkbox"/> Efecto a nivel cardiovascular | <input type="checkbox"/> Efecto a nivel endocrino | <input type="checkbox"/> Oncológicos |
| <input type="checkbox"/> Efecto a nivel pulmonar | <input type="checkbox"/> Efecto a nivel genitourinario | <input type="checkbox"/> Psicofármacos |

FACILITADORES Y BARRERAS (e)
Datos ampliados

Principal FACILITADOR identificado: -
 Principal BARRERA identificada: -

Actualmente la persona vive en condición de discapacidad: -
 Otras áreas del funcionamiento comprometidas: No Auditiva Visual Intelectual Psicosocial Neuromotora
 Grado de afectación funcional: - Causa de la deficiencia: -

DATOS DE QUIEN EMITE EL CERTIFICADO

Primer apellido Segundo apellido Nombres [s]

Cédula profesional: _____ Médico: - Firma del médico y sello de la institución pública

**ESTE CERTIFICADO TIENE UNA VIGENCIA DE _____
A PARTIR DE SU FECHA DE EXPEDICIÓN**

La información contenida en este documento es producto de los datos proporcionados por el interesado(a) y su correlación clínica, con apego a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Art.1°], la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Ley General de Salud [Art.389], la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad y el Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad [Art.19]. Carece de validez pericial.

ANEXO 2.- FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO EXPRESO DEL TITULAR PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SENSIBLES

Los datos personales sensibles recabados por el Sistema para el Desarrollo integral de la Familia del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para las finalidades que fueron recabados y establecidos en el Aviso de Privacidad de la Base de Datos Personales para otorgar la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad (CRENAPED).

Usted podrá ejercer en cualquier momento sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, a través de la Unidad de Transparencia del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla, con dirección en Calle 5 de Mayo número 1606, Colonia Centro, C.P. 72000, de la ciudad Puebla, Puebla.

Por favor lea el siguiente formato y al final indique si Sus datos pueden ser utilizados:

FECHA: ____ / ____ / ____
DÍA MES AÑO

Para llenado exclusivo del Responsable:

1. DENOMINACIÓN DE LA BASE DE DATOS PERSONALES:

Credencial Nacional para Personas con Discapacidad

2. RESPONSABLE:

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla

Para llenado exclusivo del titular de los datos personales:

3. DATOS DEL TITULAR*:

HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTE DOCUMENTO, POR LO QUE:

OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES SENSIBLES.

NOMBRE (S)

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

DOCUMENTO CON EL QUE SE IDENTIFICA Y SE COTEJA NOMBRE Y FIRMA:

FIRMA . _____