Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN

CURSO VIRTUAL: NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

ANEXO N° 2: FORMATO DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA EN PREVENCIÓN DE RIESGOS Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

MC. CÉSAR AUGUSTO PALOMINO PEÑA
CMP 53855 - RNE 36272

OBJETIVOS

Conocer el formato del Certificado de Discapacidad y su correcto llenado.

FORMATO DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

- Será utilizado en las IPRESS certificadoras según NTS vigente.

- Se otorgará a las PCD que hayan cumplido el proceso de evaluación y calificación, salvo casos específicos (congénitos o evidentes), donde la capacidad funcional no cambiará a pesar del tratamiento, debiéndose otorgar de forma inmediata una vez constatada la discapacidad.

FORMATO DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

- Se tomará en cuenta la HC que contenga las evaluaciones de acuerdo a la discapacidad con el dx. de daño y deficiencias, firmado por el médico evaluador y lo documentos médicos sustentatorios.

- Anote cualquier aclaración que considere en el ítem *VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES.*

FORMATO DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

- Se sugiere imprimir 03 copias: Una deberá quedar en la HC del paciente, una deberá ser entregado al paciente y la última deberá guardarse en el archivo personal del médico.

- Si el evaluado no presentara discapacidad, no deberá emitirse el certificado de discapacidad

FORMATO DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Aplicación de la Ley N° 29973

	Nro.:
Establecimiento de Salud	
Modalidad de certificación	

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES

SEXO	EDAD		Nº H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		PAÍS NACIMIENTO	ETNIA
	Años	Meses		TIPO			
				NÚMERO			

UBIGEO RENIEC (DPTO/PROV/DIS)	DIRECCIÓN RENIEC
UBIGEO ACTUAL (DPTO/PROV/DIS)	**DIRECCIÓN ACTUAL**

¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?

II. DIAGNÓSTICO DE DAÑO	CIE	III. DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO	CIE

IV. DISCAPACIDAD

De la Conducta	
De la Comunicación	
Del Cuidado Personal	
De la Locomoción	
De la Disposición Corporal	
De la Destreza	
De Situación	

0	Sin limitación
1	Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda
2	Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayudas
3	Requiere además de asistencia momentánea de otra persona
4	Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo
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 asisitir
6	La actividad no se puede realizar o mantener aún con asistencia personal

V. GRAVEDAD

Discapacidad Leve	1	Si el código es 1, la persona tiene **discapacidad leve**
Discapacidad Moderada	2 - 3	Si el (los) códigos(s) son 2 ó 3, la persona tiene **discapacidad moderada**
Discapacidad Severa	4 - 6	Si el (los) código(s) son 4, 5 ó 6 en al menos una categoría 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
- Para marcha y transporte
- Para comunicación, información y señalización
- Otros productos de apoyo

Personales

- Para asearse, vestirse, cocinar y comer
- Dependencia de otra persona

No requiere

- No requiere

VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MÉDICO QUE CERTIFICA	N° CMP	N° RNE

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO QUE CERTIFICA /FIRMA DIGITAL	FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE SERVICIO O DEPARTAMENTO / FIRMA DIGITAL	FIRMA Y SELLO DEL JEFE O DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO / FIRMA DIGITAL

¿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 del Trabajo)

FORMATO DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Aplicación de la Ley N° 29973

	Nro:
Establecimiento de Salud	
Modalidad de certificación	

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES

SEXO	EDAD		N° H.C	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		PAÍS NACIMIENTO	ETNIA
	Años	Meses		TIPO			
				NÚMERO			

UBIGEO RENIEC(DPTO/PROV/DIS)	DIRECCIÓN RENIEC
UBIGEO ACTUAL(DPTO/PROV/DIS)	**DIRECCIÓN ACTUAL**

¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?

FORMATO DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

II. DIAGNÓSTICO DE DAÑO	CIE		III. DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO	CIE

FORMATO DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

IV. DISCAPACIDAD	
De la Conducta	
De la Comunicación	
Del cuidado personal	
De la locomoción	
De la disposición corporal	
De la destreza	
De situación	

0	Sin limitación
1	Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda.
2	Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayudas.
3	Requiere además de asistencia momentánea de otra persona.
4	Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo.
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 asisitir.
6	La actividad no se puede realizar o mantener aún con asistencia personal.

V. GRAVEDAD			
Discapacidad Leve		**1**	Si el (los) código (s) es 1, la persona tiene DISCAPACIDAD LEVE.
Discapacidad Moderada		**2 - 3**	Si el (los) códigos (s) son 2 o 3, la persona tiene DISCAPACIDAD MODERADA.
Discapacidad Severa		**4 - 6**	Si el (los) código (s) son 4, 5 o 6 en al menos una categoría de discapacidad, por criterio de favorabilidad la persona tiene DISCAPACIDAD SEVERA.

FORMATO DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

VI. REQUERIMIENTO DE PRODUCTOS DE APOYO: AYUDAS TÉCNICAS, BIOMECÁNICAS Y PERSONALES	
De apoyo	
	Para terapia y mantenimiento médico esenciales y de uso permanente
	Para marcha y transporte
	Para comunicación, información y señalización
	Otros productos de apoyo
Personales	
	Para asearse, vestirse, cocinar y comer
	Dependencia de otra persona
No requiere	
	No requiere

REQUERIMIENTOS DE PRODUCTOS DE APOYO: AYUDAS TECNICAS, BIOMECANICAS Y PERSONALES

DE APOYO

- ***Para terapia y mantenimiento médico esenciales de uso permanente***: Como para terapia circulatoria, diálisis, bolsa de estoma, prevención de úlceras por presión, sonda vesical, marcapaso, medicamentos de uso vital o esencial permanente, entre otros.

- ***Para marcha y transporte***: Como prótesis, órtesis, bastones, andadores, silla de ruedas, adaptaciones para vehículo.

- ***Para comunicación, información y señalización***: Como ayudas ópticas, audífonos, adaptaciones para teléfonos o computadoras.

- ***Otros productos de apoyo***: Prótesis cosméticas, vendajes compresivos y elásticos para pacientes quemados, prótesis oculares.

REQUERIMIENTOS DE PRODUCTOS DE APOYO: AYUDAS TECNICAS, BIOMECANICAS Y PERSONALES

PERSONALES

- ***Para asearse, vestirse, cocinar y comer***: Como sillas para excretas, adaptaciones para utensilios, cubiertos o similares.

- ***Dependencia de otra persona***: Para cualquier requerimiento.

FORMATO DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN
VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

FORMATO DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Se recomienda su reevaluacion en __ meses desde la fecha de expedición.
El certificado tiene una vigencia de __ meses desde la fecha de expedición.

FORMATO DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MÉDICO QUE CERTIFICA	N° CMP	N° RNE

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO QUE CERTIFICA /FIRMA DIGITAL	FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE SERVICIO O DEPARTAMENTO / FIRMA DIGITAL	FIRMA Y SELLO DEL JEFE O DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO / FIRMA DIGITAL

¿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 del Trabajo)

Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN

Este video fue elaborado por la Dirección Ejecutiva de Investigación y Docencia en Prevención de Riesgos y Promoción de la Salud del Instituto Nacional de Rehabilitación, sólo con propósitos docentes, por lo que no nos hacemos responsables del uso de la información contenida por parte de los usuarios.

Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN



GRACIAS

