

Primera vez.



Fecha de Reporte: 21/02/12 01:48

Edad	En:	Sexo	Estado Civil	Escolaridad	Diagnóstico médico consulta 1a vez	Presenta discapacidad?
------	-----	------	--------------	-------------	------------------------------------	------------------------

Tipo de limitación	Ext. o magnitud de la deficiencia	Delegación y/o municipio	Entidad federativa
--------------------	-----------------------------------	--------------------------	--------------------