

**POR FAVOR LEA ATENTAMENTE**

Es importante cumplir con todos los requisitos a fines de evitar demoras e impugnaciones

**REQUISITOS PARA EVALUACION DE DISCAPACIDAD EN PACIENTE  
EPILEPTICOS.**

Este certificado deberá ser completado por médico especialista en Neurología con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada.

La Junta Médica Evaluadora del Servicio Nacional de Rehabilitación podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó al paciente.

<b>Apellido y Nombre</b>	
<b>DNI</b>	

**1-Enfermedad de base (si la hubiera).....**  
.....

**2- Especificar tipo de crisis:.....**  
.....

**3- Tiempo de evolución de las crisis:.....**

**4- Frecuencia de las crisis:**

Diarias     Semanales    :     Mensuales     otras (especificar).....

**5- Tratamientos recibidos (especificar drogas, dosis utilizadas y el tiempo de duración de cada uno de los esquemas terapéuticos).**

<b>ESQUEMA DE Tto N 1</b>	<b>ESQUEMA DE Tto N 2</b>	<b>ESQUEMA DE Tto N 3</b>

**6- Tratamiento actual (especificar drogas, dosis y el tiempo de duración del tratamiento actual)**

**ESQUEMA TERAPEUTICO ACTUAL**

--

**6- Adjuntar informe de los estudios realizados para abordar al diagnóstico**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**7- Adjuntar diagnóstico según DSM IV de patologías psiquiátricas asociadas si las hubiera.....**

.....  
.....  
.....  
.....

**8- Resumen de Historia Clínica completo. (antecedentes, estado actual, pronóstico etc)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

..... <b>Firma y sello del médico actuante.</b>
--

**Fecha:...../...../.....**