

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE

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

SOLICITUD DE EVALUACIÓN

CONDICIÓN DE SALUD: TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

Este Certificado deberá ser completado con letra clara y en forma completa, el mismo tiene carácter de Declaración Jurada.

La Junta Evaluadora de Personas podrá solicitar información ampliatoria.

Apellido y Nombres	
DNI	

1. DIAGNÓSTICOS

- CIE-10

- DSM IV EVALUACIÓN MULTIAXIAL (DETALLAR LOS CINCO EJES)

2. INTERACCIONES y RELACIONES INTERPERSONALES O VINCULARES

(MARCAR CON UNA CRUZ)

	SI	NO	Con apoyo
¿Establece vínculos con su entorno familiar?			
¿Establece contacto con otros externos a la familia?			
¿Establece vínculos con pares?			
¿Puede establecer vínculos duraderos?			
¿Regula las emociones e impulsos, verbales o físicas en las interacciones con otros?			

3. CUIDADO DE LA PROPIA SALUD

(MARCAR CON UNA CRUZ)

	Solo	Con apoyo	No lo realiza
Concurre a tratamiento			
Administración de la medicación			
Realiza actividades deportivas/ recreativas			

4. PLAN TERAPÉUTICO ACTUAL

PSICOTERAPÉUTICO	MODALIDAD/DISPOSITIVO	FRECUENCIA
PSICOFARMACOLÓGICO	MEDICACIÓN	DOSIS

5. ESCOLARIDAD

(MARCAR CON UNA CRUZ)

Primaria		Secundaria		Terciaria		Escuela Especial			
Formación laboral		Proyecto de integración		Adaptación Curricular		Lee y escribe	SI		
							NO		

6. LABORAL

(MARCAR CON UNA CRUZ)

Trabajo en relación de dependencia		Trabajo autónomo		Emprendimientos sociales productivos		Talleres protegidos	
Otros		No trabaja					

7. ESTUDIOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS NECESARIOS PARA ELABORAR EL DIAGNÓSTICO. (Determinación de CI, Evaluación Neurocognitiva, MMPI-2, neuroimágenes, etc.)

8. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETA. (Antecedentes, tiempo de evolución, estado actual, tratamientos, internaciones, pronóstico, etc.)

.....

FIRMA Y MATRÍCULA PROFESIONAL

Equipo interdisciplinario
de Salud Mental

.....

FIRMA Y MATRÍCULA PROFESIONAL

Médico Especialista

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