

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE

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

PLANILLA DE EVALUACIÓN

CONDICIÓN DE SALUD: EPILEPSIA

Este certificado deberá ser completado por médico tratante con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada. La Junta Evaluadora de Discapacidad podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó a la persona.

Apellido y Nombre	
DNI	

1-Enfermedad de base (si la hubiera)

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

2- Especificar tipo de crisis:

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

3- Tiempo de evolución de las crisis

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

4-Frecuencia de las crisis:

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

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

ESQUEMA DE TTO N° 1	ESQUEMA DE TTT N° 2	ESQUEMA DE TTT N° 3

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

ESQUEMA TERAPEUTICO ACTUAL

7- Adjuntar informe de los estudios realizados para abordar al diagnóstico.

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

8- Adjuntar diagnóstico según CIE 10 de trastornos mentales y del comportamiento asociadas si los hubiera.

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

9- Resumen de Historia Clínica completo. (Antecedentes, estado actual, pronóstico etc.)

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

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

.....
Firma y sello del médico actuante.

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE

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

PLANILLA DE EVALUACIÓN

**CONDICIÓN DE SALUD: DISCAPACIDAD CON DEFICIENCIA INTELECTUAL-
MENTAL**

Este certificado deberá ser completado con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada. La Junta Evaluadora de Discapacidad podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó a la persona.

Apellido y Nombres	
DNI	

1. DIAGNÓSTICO Códigos CIE-10

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

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
Concorre 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)

Educación Inicial		Primaria		Secundaria		Terciaria/ Universitario	
Adaptación Curricular		Proyecto de integración		Escuela Especial		Formación laboral	
Lee y Escribe		sí		no			

6. LABORAL
(MARCAR CON UNA CRUZ)

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

7. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS 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

FIRMA Y MATRÍCULA
PROFESIONAL

Equipo interdisciplinario

Médico

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