

### EVALUACIÓN DE INCAPACIDAD (Anexo III)

<b>Beneficio N°</b>	
<b>Apellido y Nombre del titular</b>	

Analizada la documentación presentada por el peticionante,  
Sr./Sra.....

DNI ....., esta auditoria Medica considera que:

La patología descrita **incapacita** al causante en el grado exigido por la disposición Nro ..... de la Dirección Nacional de Prestaciones Medicas que aprueba el instructivo en su Anexo I.

- Mixtas: Motor y Mental: PC (G80)  y Retardo Mental (F70-F79)
- Síndromes genéticos: Síndrome de Down (Q90)  , Otros (Q00-99)
- Trastornos Mentales: Retardo Mental (F70-F79)  , Trastornos Generales del Desarrollo ( Autista, de Rett y otros) (F84)  , Psicosis Infantiles (F90-F98) .
- Sensoriales: Hipoacusias (H90-91)  , Ceguera y disminución de la agudeza visual (H 54)
- Motoras: Parálisis Cerebral y otros síndromes paralíticos (G80-G83)  , Mielomeningocele (Q05-06)  , Trastornos musculares primarios y Otras Miopatías (G71-72)  , Secuelas de Poliomielitis (B91)  , Artritis Juvenil (M08) .
- Otras.....

La patología descrita **no incapacita** al causante en el grado exigido por la disposición Nro ..... de la Dirección Nacional de Prestaciones Medicas que aprueba el instructivo en su Anexo I.

A efectos de ampliar la información medica deberá presentar:

.....  
.....

.....  
.....

Lugar y Fecha

Firma y sello del médico auditor

.....

Firma y sello del Coordinador de la UGP

