

**PLANILLA DE EVALUACION CONDICION DE SALUD:
DISCAPACIDAD CON DEFICIENCIA INTELECTUAL MENTAL**

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE Es importante cumplir con todos los requisitos a fines de evitar demoras e impugnaciones.

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 NOMBRE.....

DNI N°.....

1-DIAGNOSTICO: 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
Concurre a tratamiento			
Administración de la medicación			
Realiza actividades deportivas/ recreativas			

4-PLAN TERAPÉUTICO ACTUAL

PSICOTERAPEUTICO	MODALIDAD/ DISPOSITIVO	FRECUENCIA
PSICOFARMACOLOGICO	MEDICACIÓN	DOSIS

5-ESCOLARIDAD

(Marcar con una cruz)

Educación		Primaria		Secundaria		Terciaria/	
-----------	--	----------	--	------------	--	------------	--

Inicial					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 DIAGNOSTICO

(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 MATRICULA
PROFESIONAL
Equipo interdisciplinario

FIRMA Y MATRICULA
PROFESIONAL
Medico

FECHA:...../...../.....

Requisitos Generales.-

- 1) Presencia de la Persona solicitante al momento de la Evaluación.
- 2) Concurrencia con:
 - D.N.I/ C.I/ L.E/ L.C. Original y copia legible de la persona.
 - Fotocopia de recibo de sueldo/ ingresos.
 - Fotocopia de CUIL.
 - Fotocopia deL carnet de obra social.
 - En caso de ser una renovación, presentar el Certificado de Discapacidad vencido.

En caso de realizar rehabilitación, adjuntar informes originales de profesionales intervinientes.

Nota: Cabe aclarar que la documentación presentada no puede superar los seis meses de emitida al momento de la evaluación.