



Condición de salud: Mental

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

La presente planilla, **deberá ser completada por médico de cabecera o especialista con letra clara y en forma completa.** El mismo tiene carácter de declaración jurada. La Junta Evaluadora podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó al paciente, si lo considera posterior a la entrevista.

Apellido y Nombre:

DNI

1. Condición de salud- etiología:

2. Secuelas:

3. Año de comienzo:

INTERACCIONES Y RELACIONES INTERPERSONALES O VINCULARES (Marcar con una X)	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?			



CUIDADO DE LA PROPIA SALUD (Marcar con una X)	Solo	Con apoyo	No lo realiza
Concurre a tratamiento			
Administración de la medicación			
Realiza actividades deportivas/ recreativas			

Plan terapéutico actual

Psicoterapéutico	Modalidad/dispositivo	Frecuencia
Psicofarmacológico	Medicación	Dosis

Escolaridad (marcar con una X los niveles que ha completado la persona)

Inicial	Primario	Secundario	Terciario	Universitario
---------	----------	------------	-----------	---------------

¿Conto con proyecto de Inclusión?

¿tuvo o tiene adaptaciones curriculares?

¿Sabe leer y escribir?

¿Asiste a escuela especial?

¿Participa de formación laboral?.....



Situación laboral

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

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS NECESARIOS (Determinación de CI, Evaluación Neurocognitiva, MMPI-2, neuroimágenes, etc.)

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

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

.....

Firma y sello del/la médico/a actuante.

ATENCIÓN: A la presente planilla, se le debe adjuntar la siguiente documentación (si presenta varias planillas, se adjunta una sola vez)

- D.N.I/ C.I/ L.E/ L.C. Original y fotocopia legible, de la persona titular del trámite (en caso de ser menor o tener un sistema de apoyo judicialmente designado, la documentación de padre, madre o figura de apoyo)
- Fotocopia de CUIL.
- Fotocopia del carnet de obra social.
- En caso de ser una renovación, presentar el Certificado de Discapacidad vencido.
- En caso de tener, adjuntar informes originales de profesionales intervinientes.

Nota IMPORTANTE:

1. La documentación presentada **no puede superar los 12 meses** al momento de la evaluación.
2. La evaluación/entrevista se realiza con la presencia si o si y el consentimiento de la Persona titular. (En caso de ser mayor de edad, elije si quiere ser acompañado o no por otra persona mayor)
3. La modalidad del turno lo otorga la MESA de ENTRADA de cada Junta
4. El trámite es GRATUITO y VOLUNTARIO