

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE

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

Este certificado deberá ser completado por médico 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 a la persona.

APELLIDO Y NOMBRE	
DNI	

- 1- **Diagnóstico principal y gravedad (clase funcional en caso que corresponda):**
-
- 2- **Diagnóstico Secundario:**
-
- 3- **Año de comienzo de la patología, antecedentes y tiempo de evolución:**
-
-
- 4- **Tratamientos Realizados (médicos y quirúrgicos):**
-
-
- 5- **Tratamientos farmacológicos y/o rehabilitación (Detallar los esquemas de tratamiento farmacológicos recibidos con fechas):**
-
-
- 6- **Estado actual y SECUELAS detalladas: todo lo que le afecta a la persona en particular - NO LA DEFINICION DEL DIAGNOSTICO**- en actividad y participación de la vida diaria:
-
-
-
-
-
-
- 7- **ADJUNTAR INFORMES Y/O ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS QUE RESPALDEN LOS DIAGNOSTICOS. EN CASO DE CONSTAR CON INFORMES ACTUALIZADOS DE OTROS PROFESIONALES DE SALUD Y/O EDUCACIÓN, ADJUNTARLOS (INFORME ESCOLAR, PSICOPEDAGÓGICO, FONOAUDIOLÓGICO, EVALUACIÓN NEUROCOGNITIVA).**
- 8- **OTROS:**

FECHA:/...../.....
..... Firma y sello del médico actuante

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE

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

SOLICITUD DE EVALUACION

CONDICION 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. DIAGNOSTICOS:

CIE 10

<hr/> <hr/> <hr/>

DSM IV - EVALUACION MULTIAIXIAL (DETALLAR LOS CINCO EJES)

<hr/> <hr/> <hr/>

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	MEDICACION	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 MATRICULA PROFESIONAL

Equipo interdisciplinario
de Salud Mental

.....
FIRMA Y MATRICULA PROFESIONAL

Médico Especialista

Fecha: / /