

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 (CIE-10) y gravedad (clase funcional en caso que corresponda): _____

2- Diagnóstico secundario (CIE-10): _____

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 describa las secuelas y limitaciones que presenta la persona en su funcionamiento diario para desenvolverse de manera autónoma. Explique los apoyos que considera necesarios implementar: _____

7- Adjuntar estudios complementarios que respalden los diagnósticos: electroencefalograma (eeg).

LIMITACIONES EN LA VIDA DIARIA

A continuación, se presenta un listado de las principales actividades de la vida diaria para que el profesional tratante pueda marcar con una X si actualmente la persona evaluada las realiza de manera autónoma y espontánea, o requiere de apoyo y asistencia:

Actividades de la vida diaria	Si	No	Con apoyo (técnico o humano)	No Esperable por la edad	No tiene
Básicas					
Control de esfínteres					
Uso del inodoro					
Higiene personal					
Alimentación					
Vestimenta					
Movilidad Funcional (sentarse, pararse)					
Instrumentales					
Mantener conversaciones					
Leer calles, carteles, paradas de transportes					
Caminar hasta 10 cuadras					
Caminar más de 10 cuadras					
Subir y/o bajar escaleras					
Uso del teléfono					
Levantar peso (bolsa de compras, mochila)					
Elaboración de comida básica (sin mezclar ingredientes o utilizar cuchilla)					
Elaboración de comida compleja (mezclando ingredientes o utilizando cuchilla)					
Realización de tareas domésticas básicas (barrer, ordenar)					
Realización de tareas domésticas complejas (lavar platos, lavar ropa, limpiar el baño)					
Utilización de electrodomésticos					
Manejo de la medicación					
Uso de medios de transporte					
Administración de dinero					
Realización de trámites (municipales por ejemplo)					
Sacar turnos (salud, jubilación, etc.)					
Asistencia a jardín de infantes o escuela					
Realización de tareas escolares					
Participación en juegos grupales					
Participación en actividades deportivas					
Participación en actividades de recreación					
Participación en actividades sociales					
Participación en actividades laborales					

FECHA: ____ / ____ / ____

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO ACTUANTE



POR FAVOR LEA ATENTAMENTE

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

REQUISITOS PARA EVALUACION DE DISCAPACIDAD EN PACIENTE EPILEPTICOS.

Este certificado deberá ser completado por médico especialista en Neurología con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada. La Junta Médica Evaluadora del Servicio Nacional de Rehabilitación podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó al paciente.

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:

☐ Diarias ☐ 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 Tto N 2	ESQUEMA DE Tto 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 DSM IV de patologías psiquiátricas asociadas si las hubiera.....

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

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

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

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

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