

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 COPIA DE INFORMES DE LABORATORIO QUE RESPALDEN EL DIAGNOSTICO.

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

**REQUISITOS PARA EVALUAR DISCAPACIDAD EN PACIENTES
CON ESCLEROSIS MULTIPLE**

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 Médico que evaluó al paciente.

Nombre del Paciente	
DNI	

1- Tipo de Esclerosis múltiple:

2- Tiempo de evolución de la enfermedad:

3- Tratamientos recibidos (especificar drogas, dosis utilizadas y tiempo de duración de cada uno de los esquemas terapéuticos).

4- Tratamiento actual (especificar drogas, dosis utilizadas)

5- Grado de discapacidad según EDSS

.....

6-Adjuntar informes de los estudios realizados para abordar al diagnóstico:

.....

.....

.....

.....

.....

7-Resumen de historia clínica completo (antecedentes, estado actual, respuesta a los tratamientos instaurados, etc):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FECHA: / /

.....
Firma y sello del médico actuante