

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- En caso de constar con informes actualizados de otros profesionales de salud y/o educación, adjuntarlos (informe escolar, psicopedagógico, fonoaudiológico, evaluación neurocognitiva).

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

SOLICITUD DE EVALUACION
PAUTAS DE DESARROLLO MADURATIVAS

Nombre y Apellido	
DNI	

Antecedentes Perinatológicos:

Antecedentes patológicos:

Diagnóstico

Marcar lo que corresponda

Pauta Madurativa	Hasta 6 meses	Hasta 12 meses	Hasta 18 meses	Hasta 24 meses	Hasta 4 años
Sosten Cefalico	SI NO				
Linea media	SI NO				
Rolado*	SI NO				
Tripode	SI NO				
Se sienta sin apoyo		SI NO			
Se para con apoyo		SI NO			
Pinza superior		SI NO			
Camina solo			SI NO		
Sube a silla				SI NO	
Agacharse				SI NO	
Patea pelota				SI NO	
Arma torre con 4 cubos				SI NO	
Garabatos				SI NO	
Juego simbólico				SI NO	
Come solo				SI NO	
Salta con ambos pies					SI NO
Lanza pelota					SI NO
Se saca o pone ropa y/o calzado					SI NO
Arma rompecabezas					SI NO
Control esfínteres diurno					SI NO

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

.....
Firma y sello de médico actuante

Edades de referencia**

Pauta Madurativa	Hasta 6 meses	Hasta 12 meses	Hasta 18 meses	Hasta 24 meses	Hasta 4 años
Sosten Cefalico	si				
Linea media	si				
Rolado*	si				
Tripode	si				
Se sienta sin apoyo		Si			
Se para con apoyo		si			
Pinza superior (radial)		si			
Camina solo			Si		
Sube a silla				Si	
Agacharse				Si	
Patea pelota				Si	
Arma torre con 4 cubos				Si	
Garabatos				Si	
Juego simbólico				Si	
Come solo				Si	
Salta con ambos pies					Si
Lanza pelota					Si
Se saca o pone ropa y/o calzado					Si
Arma rompecabezas					Si
Control esfínteres diurno					Si

Las pautas madurativas deben de estar presentes en la edad de referencia indicada

*rolar: pasar de posición dorsal a lateral

** Edades de referencia: Tomados del Manual para la supervisión de la salud de niños, niñas y adolescentes.

