

**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.

<b>APELLIDO Y NOMBRE</b>	
<b>DNI</b>	

- 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).**

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

**PLANILLA DE EVALUACIÓN PARA TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO.**

Este Certificado deberá ser completado por especialista 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.

<b>APELLIDO Y NOMBRE/S</b>	
<b>EDAD</b>	
<b>NIVEL EDUCACIONAL</b>	
<b>FECHA DE INFORME</b>	

**DESEMPEÑO GLOBAL**


**DESEMPEÑO ÁULICO**


**OBSERVACION DE CONDUCTAS EN RECREOS**


**INTERVENCIONES REALIZADAS POR EL EQUIPO DE ORIENTACION ESCOLAR**

Con el niño/a:
Con la docente:
Con la madre:

**CARACTERÍSTICAS DEL DESEMPEÑO EN AREAS**


**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:**


**PLAN DE TRATAMIENTO:**


..... / ..... / .....  
Fecha

..... Firma y sello del Médico actuante
--